



**Fiabilidad y validez de un Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de
Trastornos Depresivos
(PETD) en adultos**

Daniella Abello Luque, 22735292

**Tesis doctoral dirigida por:
PhD. Ana Mercedes Bello Villanueva**

Barranquilla, 2020

**Fiabilidad y validez de un Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de
Trastornos Depresivos
(PETD) en adultos**

Daniella Abello Luque

**Tesis doctoral dirigida por:
PhD. Ana Mercedes Bello Villanueva**

Nota de autor

**Daniella Abello Luque. Universidad del Norte. División de Humanidades y
Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Doctorado en Psicología.**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Daniella Abello
Luque, Barranquilla – Colombia, email: dabello1@cuc.edu.co**

**Aprobado por la División De Humanidades y Ciencias Sociales en
cumplimiento de los requisitos para otorgar el título de Doctora en Psicología**

Coordinador Doctorado en Psicología

PhD. Ana Mercedes Bello Villanueva

Director

Dedicatoria

El presente trabajo es dedicado primeramente a Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado a este momento en mi vida profesional. A mi madre, por darme siempre su amor incondicional por encima de todas las dificultades presentadas. A mi abuela, que en paz descanse, por darme la disciplina en mi formación, logrando lo que soy hoy en día. A mi Padre, que aunque se fue de esta vida a mi corta edad me permitió hacerme más fuerte. A mi esposo, mi compañero, mi amigo mi gran amor por darme el apoyo y el empuje para emprender este logro.

A mis mellos, Lucas y Sebastián que vinieron en el primer año del doctorado y llegaron para mostrarme que son mis grandes maestros de la vida, a pesar de lo duro que es la crianza, sus sonrisas lograban borrar todo mi cansancio. Ellos me dieron mi mayor título ser una madre azul: *“el autismo de mis hijos me sacudió y sacó una mejor versión de mí”*.

A mi hermana mi compañera de mil batallas y a toda mi familia muchas gracias.

A mi segunda familia mis Directivas C2 y equipo C2 su apoyo, amor y comprensión me permitió llegar a esta meta gracias.

A mis pacientes, gracias por hacer parte de estos trece años de experiencia en mi práctica clínica, dándome mi objetivo en mi proyecto de vida profesional; tratar a pacientes con depresión me llevó a entender que esta condición es: *“llevar un maletín pesado y que la sociedad no lo logra entender, dentro del túnel la terapia permite ver algunos destellos de luz”*.

Agradecimientos

Agradecemos primeramente a la Universidad del Norte mi alma mater por habernos otorgado la oportunidad de iniciar mis estudios de Psicología, luego de magíster y ahora de Doctora. Especialmente a la Dra. Ana Mercedes Bello Villanueva por su receptividad, apoyo e instrucción durante el desarrollo de nuestra investigación, que nos permitió tener el privilegio de poder aprender.

A la Universidad de la Costa, por darme la oportunidad de desarrollar mi carrera en la academia y en la investigación; desde hace once años me abrieron las puertas haciéndome parte de la familia CUC. A mi equipo de trabajo que es mi segunda familia, gracias por tanto en especial a:

Paola García, por ser de las fundadoras de este gran sueño y materializarlo en la investigación, gracias por tu dedicación, disciplina y paciencia para enseñarnos la metodología de la investigación.

Eileen García, gracias por ser la mediadora de este equipo y darnos la tranquilidad en los momentos más necesarios. Tu capacidad de comunicación es tu gran cualidad.

Janivys Niebles, gracias por estar presente en cada sustentación, avance y propuesta metodológica de esta investigación.

Laura Márquez, gracias por ser parte fundamental de esta investigación, permitiste operacionalizar gran parte de las actividades que dieron cumplimiento a los objetivos de esta tesis. Gracias por tu perseverancia en el trabajo de campo.

Diana Pérez, gracias por tu apoyo y compromiso con el equipo.

¡Semillero Cognitivo Conductual, ustedes son los investigadores del futuro!

A la Dra. Nora Londoño, por darme sus enseñanzas a nivel profesional y personal en lo que respecta a la formación doctoral. Al Dr. Antonio Godoy por ser esa mirada experta a nivel internacional del presente proyecto de investigación.

A los equipos interdisciplinarios de las instituciones de salud mental por la confianza y permitirnos entrar en contacto con su razón de ser más importante.

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| Dedicatoria..... | 4 |
| Agradecimientos..... | 5 |
| Tabla de contenido..... | 7 |
| Índice de Figuras..... | 9 |
| Resumen..... | 11 |
| Abstract..... | 12 |
| Introducción | 14 |
| Justificación | 17 |
| Marco Teórico | 23 |
| 1.1. Conceptualización teórica de la Depresión | 23 |
| 1.1.1. Teorías explicativas de la Depresión. | 25 |
| 1.2. Clasificación de los Trastornos Depresivos | 31 |
| 1.3. Evaluación de lo psicológico | 34 |
| <i>Tipos de evaluación.</i> | <i>37</i> |
| 1.3.1. Elementos básicos de la psicometría..... | 40 |
| 1.4. Antecedentes de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA) | 45 |
| 1.5. Protocolo de Evaluación..... | 47 |
| 1.5.1. Marco legal y ético. | 53 |
| 2. Planteamiento del problema | 60 |
| 2.1. Pregunta problema | 64 |
| 3. Objetivos | 65 |
| 3.1. Objetivo general..... | 65 |
| 3.2. Objetivos específicos..... | 65 |
| 4. Hipótesis..... | 66 |
| 4.1 Hipótesis específicas | 66 |
| 5. Metodología | 68 |
| 5.1. Tipo de investigación | 68 |
| 5.2. Variables de estudio..... | 70 |
| 5.3. Participantes..... | 72 |
| 5.3.1. Selección de Muestra. | 72 |
| 5.4. Técnicas e Instrumentos..... | 75 |
| 5.5. Análisis estadístico de los datos | 79 |
| 5.6. Procedimiento | 81 |
| Fase I. EMTA-II | 81 |

| | |
|--|-----|
| Fase II..... | 82 |
| Fase III. | 83 |
| 5.7. Estructura del protocolo PETD..... | 84 |
| 6. Resultados..... | 85 |
| 6.1. Indicadores psicométricos de la Batería de Pruebas que soportan la evaluación dimensional del constructo y variables de referencias..... | 85 |
| 6.2. Validez del Protocolo de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD)..... | 93 |
| 6.3. Confiabilidad del Protocolo de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD) a partir de los análisis de concordancia examen – reexamen ... | 97 |
| 7. Discusión | 99 |
| 8. Conclusiones | 111 |
| 9. Referencias..... | 115 |
| Anexos | 132 |

Índice de Figuras

| | |
|----------------------|-----------|
| Figura 1..... | 83 |
|----------------------|-----------|

Índice De Tablas

| | |
|----------------------|-----------|
| Tabla 1..... | 31 |
| Tabla 2..... | 69 |
| Tabla 3..... | 70 |
| Tabla 4..... | 72 |
| Tabla 5..... | 72 |
| Tabla 6..... | 73 |
| Tabla 7..... | 75 |
| Tabla 8..... | 83 |
| Tabla 9..... | 86 |
| Tabla 10..... | 86 |
| Tabla 11..... | 88 |
| Tabla 12..... | 89 |
| Tabla 13..... | 90 |
| Tabla 14..... | 91 |
| Tabla 15..... | 92 |
| Tabla 16..... | 93 |
| Tabla 17..... | 94 |
| Tabla 18..... | 94 |
| Tabla 19..... | 95 |
| Tabla 20..... | 95 |
| Tabla 21..... | 96 |
| Tabla 22..... | 97 |

Resumen

El presente estudio propuso identificar la validez y confiabilidad de un protocolo preliminar de evaluación para los Trastornos Depresivos, orientado hacia la definición de evaluaciones más adecuadas, óptimas y eficaces, a manera de facilitar el ejercicio psicológico.

Los protocolos psicológicos de carácter clínico son definidos como una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar en un entorno determinado. Son de tipo más normativo, pueden surgir de un consenso formal o informal de elaboración y generalmente se basan en los conocimientos científicos existentes (Abelló, Barba, Delgado, Humet y Suñol, 1994). Este estudio es instrumental debido a que hace referencia a la realización de pruebas, instrumentos y aparatos, incluyendo tanto su diseño o adaptación, como el estudio de sus propiedades psicométricas (validación) (Montero & León, 2007), de acuerdo a su finalidad corresponde a aquellas investigaciones sistemáticas que aprovechan los conocimientos existentes, y están dirigidas a la producción de nuevos materiales, productos o dispositivos; a la puesta en marcha de nuevos procesos, sistemas y servicios; o a la mejora sustancial de los ya existentes (OCDE, 2015). Los resultados de este estudio contribuyen a obtener un protocolo con el propósito de dictaminar diagnósticos oportunos de los Trastornos Depresivos, así como a la mejora de los procesos de valoración inherentes a la atención de la población, a través de evaluaciones psicológicas mejor estructuradas y al empleo de instrumentos válidos, confiables y sensibles a las particularidades de nuestro contexto. La confiabilidad, reportado en el diagnóstico de remisión y el diagnóstico por el protocolo PETD tuvo un

acuerdo total evaluado por kappa de 0,69 para el episodio depresivo mayor y 0,63 para el trastorno distímico (IC95%: 0,59- 0,82), el cual se considera bueno.

Palabras clave: Protocolos, evaluación, trastornos afectivos y Depresión.

Abstract

This study proposed identifying the validness and reliability of an evaluation protocol for Depressive Disorders, oriented towards the definition of more appropriate, optimal and effective evaluation, in order to facilitate psychological exercise.

Clinical psychological protocols are defined as a logical sequence of activities to be developed to face a health problem or area to be improved in a determined environment, they are more of a normative type, they may arise from a formal or informal consensus and are usually based on existing scientific knowledge (Abelló, Barba, Delgado, Humet and Suñol, 1994). This study is instrumental because it refers to the realization of tests, instruments and devices, including both their design or adaptation, as well as the study of their psychometric properties (validation) (Montero & León, 2007), a name that corresponds to those systematic investigations that take advantage of existing knowledge, and are aimed at the production of new materials, products or devices; implementation of new processes, systems and services; or the substantial improvement of existing ones (OECD, 2007). The results of this study contribute to a protocol for the purpose of dictating timely diagnoses of Depressive Disorders, as well as improving the valuation processes inherent in the care of the population, through assessments better structured psychological conditions and the use of valid instruments, reliable and sensitive to the particularities of our context. Reliability, reported in remission diagnosis and PETD

diagnosis, had a total kappa-assessed agreement of 0.69 for the major depressive episode and 0.63 for dysthymic disorder (95% CI: 0.59-0.82), which is considered good.

Keywords: Protocols, Evaluation, Affective Disorders and Depression

Introducción

Actualmente los Trastornos Depresivos son considerados una de las patologías de mayor importancia, dada su alta prevalencia, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Estos pueden definirse como alteraciones del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de períodos prolongados de tristeza, pérdida de interés, displacer en las actividades diarias y genera impacto en los diversos ámbitos de la vida del individuo (social, laboral, familiar). Además, se caracterizan por ser afecciones mentales de mayor permanencia histórica, muestra de ello son las documentaciones que datan de los primeros siglos (OMS, 2018). De acuerdo con Abello y Cortes (2012) dicha permanencia histórica, se debe a que aun cuando se han desarrollado diversos métodos para su diagnóstico y tratamiento, estos no responden a cabalidad frente a la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que reclama el terreno de evaluación e intervención psicológica, ya que consideran la evaluación clínica inexacta.

Los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo de alteraciones emocionales graves que se dividen en trastornos depresivos, bipolares y dos trastornos basados en la etiología como causa de una enfermedad médica o inducido por uso y abuso de sustancias (Durand y Barlow, 2007; OMS, 2015). Según la World Federation of Mental Health (WFMH, 2012) los Trastornos Depresivos ocupan el primer lugar en la causa de carga global de enfermedad para el 2030, La Encuesta Mundial de Salud Mental llevada a cabo en 17 países encontró que en promedio 1 de cada 20 personas informo haber tenido un episodio depresivo. Esto puede variar entre los distintos países quienes son los que se ven

afectados por la depresión. La prevalencia a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón a un 16.9% en EEUU, llegando entre un 8 a 12 % la mayor parte de los países.

Frente a este panorama en materia de salud mental han emergido diferentes iniciativas dirigidas a la generación y estandarización de instrumentos psicométricos que evalúen de forma objetiva la presencia, frecuencia y cronicidad de sintomatología asociada a los Trastornos Depresivos (Londoño y Alejo, 2016). Sin embargo, en el diseño de los instrumentos se requiere evaluaciones categoriales y dimensionales ajustadas a las necesidades actuales y de nuestro contexto, lo cual se evidencia en el aporte en el estudio que se expone a continuación.

El presente trabajo propuso a través de un estudio instrumental, mediante el diseño de un protocolo preliminar de evaluación para los trastornos Depresivos, orientado hacia la definición de intervenciones más adecuadas, óptimas y eficaces, a fin de facilitar el ejercicio psicológico.

Es importante destacar que en esta investigación se enmarcó bajo el concepto de protocolo de carácter clínico, el cual es definido como una secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud, estos son de tipo más normativo, pueden surgir de un consenso formal e informal de elaboración, y generalmente se basan en los conocimientos científicos existentes (Muñoz y Cáceres, 2008).

A partir de lo anterior poder proveer información útil a los profesionales de la salud, comunidad terapéutica, científica, practicantes y educadores en el área (Avendaño-Prieto, Toro-Tobar, Vargas-Espinosa y Villalba-Garzón, 2018).

En primer lugar, el lector encontrará la revisión teórica del constructo mediante el enfoque cognitivo conductual (Beck, 1979; Beck y Haigh, 2014; Beck, Young, Rych y Weinberger, 2008; Clark y Steer, 1996; Nezu, 1989; Rehm, 1997; Riso y Ardila, 1992). Seguidamente un segundo apartado donde se encuentra la propuesta empírica que evidenció el enfoque de investigación, método, el paradigma, objetivos e instrumentos. Cabe resaltar que la presente investigación parte de estudios psicométricos previos como es el Diseño y validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos-EMTA, en sus aplicaciones Piloto, Población General y Muestra Clínica, instrumentos que dieron insumos a la presente investigación (Abello y Cortés, 2012; Abello, Cortés, Fonseca, García y Mariño, 2013; Abello-Luque, Cortes-Peña, García-Montaña, García-Roncallo y Nieto-Betancourt, 2017).

Finalmente, el lector encontrará los resultados, discusión, conclusiones y limitaciones del estudio. En el cual se revisará la organización de estos a la luz de los objetivos planteados en las dimensiones evaluadas de la presente investigación.

Justificación

Los Trastornos Depresivos, se establecen entre las enfermedades que constituyen como la mayor carga de morbilidad e incapacidad en el mundo, su incidencia va aumentando de forma alarmante, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo (OMS, 2020). Según la OMS estos trastornos se encuentran dentro de las principales enfermedades mentales que son responsables de preocupantes tasas de incapacidad alrededor del mundo. Diferentes cifras de prevalencia señalan a la Depresión como el trastorno con mayor incidencia en la población mundial; más de 300 millones de personas viven con Depresión, lo cual hace evidente un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir de forma saludable y productiva (OMS, 2017). Cabe resaltar que estas cifras pueden aumentar debido a los efectos de la actual situación del Covid-19 y los resultantes de la poscuarentena, que se puedan presentar en la salud mental reportados en los medios de comunicación hasta la fecha.

Diversos organismos internacionales señalan, además, que el impacto de los Trastornos Depresivos en la vida de las personas que lo padecen es contundente, afectando fuertemente la vida laboral, social y familiar de estas personas; y es por esto que preexiste gran preocupación derivada de la realidad que viene afectando a millones de individuos. En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con Depresión en 2015, alrededor del 5% de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017; WFMH, 2012; OMS, 2018).

El impacto de los cuadros depresivos no se limita a la mera carga comórbida con otros trastornos clínicos o al deterioro de la calidad de vida de quienes los padecen; su impacto también influye en el curso de enfermedades médicas crónicas (WFMH, 2012).

No obstante, la carga global de la Depresión genera por sí misma un desafío de la salud pública en distintos ámbitos tales como: el social, económico y clínico; siendo motivo de generación de diversas estrategias que pueden combatir la carga generada por el trastorno. La WFMH (2012) sostiene que diversos análisis económicos que se han realizado, indican que el tratamiento de la Depresión en atención primaria es factible, financiable y con costo afectivo, razón por la cual los diversos planes de acción mundiales, nacionales y locales deben propender por brindar respuesta por medio de diversas aproximaciones comunitarias efectivas en la prevención del trastorno (fortalecimiento de los factores protectores y reducción de los factores de riesgo) y la atención primaria del mismo. De acuerdo con Dan et al. (2016) los costos estimados se elevan a US\$147000 millones en tratamiento psicosocial y medicamentos antidepresivos.

En lo que respecta a la atención primaria el reto es significativo, en especial por la carencia de diagnósticos precisos y los claros limitantes que esto genera en la posibilidad de acceder a tratamientos eficientes (Chisholm et al., 2016).

En el contexto Colombiano la Ley 1616 (2013) de Salud Mental exige la creación de nuevas modalidades de atención, en la que se especifica la necesidad de que existan los servicios de evaluación, seguimiento, estandarización, protocolos y mejora continua. Mediante estos aspectos, es posible evidenciar en el caso de los protocolos en Colombia de 195 investigaciones del nodo de Psicología Clínica, en lo que respecta específicamente a protocolos de evaluación solo se reportaron para la terapia de pareja y de formulación (Rey

y Guerrero-Rodríguez, 2011). En cuanto al diseño de protocolos clínicos Pieschacon (2017) propone un protocolo de intervención en el trastorno de estrés postraumático, mientras que Avendaño-Prieto, Toro-Tobar, Vargas-Espinosa y Villalba-Garzón (2018) proponen un Protocolo de Evaluación Transdiagnóstico para Estrés, Ansiedad y Depresión: un Análisis con Víctimas Colombianas. A pesar de los esfuerzos de investigaciones en Colombia se requiere avanzar en el conocimiento mediante la priorización del acceso equitativo a mejores pruebas científicas, el desarrollo de servicios de salud mental que necesitan protocolos y prácticas basadas en evidencias. De esta manera, la presente investigación responde mediante su aporte científico, teórico y a largo plazo a los servicios de salud mental.

A nivel internacional se han desarrollado diversos protocolos, la mayoría están sujetos a investigaciones institucionales en universidades y/o ministerios de Salud, dentro de los que cabe mencionar los casos de España en donde desarrollan el modelo explicativo pero no se evidencian datos de la efectividad de los hallazgos (Benedito, Carrió, del Valle y González, 2005). En Chile se basa en la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Depresión mediante una revisión documental (Ministerio de Salud Chile, 2014) y en Estados Unidos la eficacia del protocolo en 37 pacientes, reporta mejoras significativas en medida de gravedad clínicas (Allen, Mchugh y Barlow, 2008), este protocolo en su versión adaptada en España (Castellano, Osma, Crespo y Femoselle, 2015) con una muestra de 12 participantes y tras administrar el protocolo de evaluación(pre-test), se llevó a cabo la terapia grupal aplicando dicho protocolo; los datos preliminares informan de la eficacia del protocolo en la reducción de criterios diagnósticos y en las mejoras clínicas conseguidas.

Por lo anterior, la OPS (2009) priorizó el acceso equitativo a las mejores pruebas científicas que se encuentren disponibles, como fin de fortalecer la capacidad de respuesta de los servicios de salud. Derivado de esto, el Plan Decenal de Salud pública (2012-2021), el área de salud se ha referido a esta como estratégica e innovadora, área hacia la cual debe moverse el país, haciendo hincapié en lo que refiere al fortalecimiento de las herramientas técnicas para la atención primaria de enfermedades priorizadas, en la que claramente se posesionan los Trastornos Depresivos y de los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental. Siguiendo los lineamientos gubernamentales; el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, revelan la necesidad de investigar acerca de los problemas de salud prevalentes y endémicos en el país, buscando siempre garantizar el conocimiento permanente sobre su manejo, prevención y control.

En este orden de ideas, es de gran relevancia trabajar en la línea de los trastornos mentales, pues en la actualidad constituyen uno de los ejes principales de trabajo en el área de la salud a nivel mundial, debido a la alta incidencia que presentan y a su preponderancia hacia la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. La salud mental ha tomado importancia y es congruente con el alto riesgo al que estas contribuyen a padecer de enfermedades transmisibles y no transmisibles, a generar lesiones intencionales y no intencionales (OMS, 2018; OPS, 2012). Mediante este trabajo se puede contribuir a la construcción de una sociedad mentalmente más sana, además de buscar el mejoramiento en el estilo de vida de un gran número de familias que tienen familiares que padecen enfermedades mentales y que de una manera u otra ven afectado su estilo de vida por el padecimiento de la enfermedad.

Con base a lo esbozado en párrafos anteriores, la elaboración de la versión preliminar del protocolo de evaluación es pertinente y relevante debido a su aporte teórico y metodológico, a su diseño para el apoyo terapéutico con el fin de identificar la etiología, los síntomas, la epidemiología, la impresión diagnóstica y el pronóstico, realizando así una evaluación pertinente y lograr establecer unos objetivos para pacientes con trastornos Depresivos. Este estudio permitiría ser de insumo inicial para dar respuesta a los comunicados de ASCOFAPSI (2020), frente a los problemas de salud mental ante la Pandemia, ya que expresan que se deben generar nuevos trabajos orientados a la identificación de factores y grupos de riesgo, así como instrumentos y estrategias de tamizaje que permitan la identificación temprana de casos y el desarrollo de protocolos con evidencia empírica.

PARTE I.
REVISIÓN
TEÓRICA

Marco Teórico

Este apartado se orienta a sustentar la fundamentación teórica en la que se enmarca el diseño de esta investigación. Inicialmente presenta un relato concreto que permite la contextualización de las teorías explicativas y los trastornos depresivos. De igual forma, se muestra lo concerniente a la evaluación de lo psicológico mediante de un recorrido teórico de los factores asociados y el impacto que ha venido generando la construcción de test psicológicos, en especial haciendo referencia a las teorías de los test. Seguidamente, se revisan los antecedentes de los estudios de la escala EMTA, los protocolos de evaluación y se finaliza con el marco legal y ético.

1.1. Conceptualización teórica de la Depresión

La Depresión se ha definido desde diferentes perspectivas teóricas. En el presente apartado se mostrará cada una de ellas.

El trastorno depresivo puede definirse como un síndrome cuya característica principal es la tristeza que a su vez puede presentarse en otros trastornos (Rehm, 1993). El trastorno depresivo como lo plantea Winokour (1997) es de origen heterogéneo que ha transformado en homogéneo a la luz de la organización clínica que la han clasificado desde diferentes perspectivas entre ellos se encuentra el *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación americana de psiquiatría* DSM.

Por otro lado, Winokour (1997) propone un esquema de clasificación de la Depresión que consistía en: Dolor normal; Depresión secundaria en la que se presenta una patología no afectiva; y trastornos afectivos primarios, en esta última clasifica la depresión en unipolar y bipolar; en la Depresión unipolar se presentan solo episodios depresivos, en cuanto a los trastornos del sueño se evidencia insomnio al inicio del sueño, una

característica importante es la agitación; mientras que, en la depresión bipolar se presentan episodios de manía e hipomanía dentro de los cuales aparecen episodios depresivos. En los trastornos de sueño se evidencia que el paciente generalmente se despierta a altas horas de la noche o en la mañana muy temprano y se presenta enlentecimiento (Rehm, 1993).

Por el contrario, la corriente psicoanalítica conceptualiza la Depresión como una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto. Desde los inicios esta corriente ha propuesto que las experiencias traumáticas del niño, como carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse como un factor asociado a los tipos de Depresión (Freud, 1917). Desde la corriente cognitiva conductual, la Depresión es generada por grupos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son activados en una variedad de situaciones. Según Beck (1974) este trastorno es caracterizado por la sensación de tristeza intensa que se puede presentar por diversas causas y tiene relación directa con la forma como interpretamos los hechos que se presentan. El componente conductual en el modelo cognitivo-conductual de la Depresión, postula que estresores vitales pueden alterar los patrones de reforzamiento conductual normales (Davidson, Rieckmann, y Lespérance, 2004).

Finalmente, desde la perspectiva existencial se define como la depresión noógena la que no surge por conflictos entre impulsos e instintos, sino más bien de problemas existenciales, que deberíamos calificar como problemas espirituales, entre ellos la frustración de la voluntad de sentido, que suele jugar un papel primordial. De lo anterior, la terapia apropiada para las depresiones noógenas no es la psicoterapia tradicional, sino la logoterapia, una psicoterapia que se enmarca en la dimensión espiritual, que es considerada como la dimensión genuina del ser humano (Frankl, 2004).

1.1.1. Teorías explicativas de la Depresión.

En este apartado se abordarán las diferentes teorías que explican la Depresión, tales como: las conductuales, biológicas, cognitivas y cognitivo conductuales; en el presente estudio su soporte teórico se respalda en autores cognitivos (Abramson, 1997; Beck, 1976; Clark y Steer, 1996; Seligman, 1974; Stein y Young, 1992; Young, 1999) y cognitivos conductuales (Lazarus y Folkman, 1986).

Teorías conductuales de la Depresión.

Desde la perspectiva conductual, la Depresión se concibe como un fenómeno aprendido a través del establecimiento de relaciones negativas en medio de la persona y su entorno, entre las que se encuentran las bajas relaciones sociales; y de este modo estas interacciones pueden verse mediadas por la interrelación recíproca entre factores como: cogniciones, conductas y emociones (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2002).

El modelo conductual de la Depresión toma en consideración que la Depresión es el síntoma central que son los déficits generales y los demás síntomas son solo las consecuencias desencadenadas por el déficit central, o sea la Depresión.

Entrenamiento en auto-control.

Desde la teoría de entrenamiento en auto-control se puede considerar la Depresión como una consecuencia o resultado negativo de la relación entre recompensa y castigo (Rehm, 1997).

Esta teoría hace énfasis especialmente en lo que el individuo aporta a la relación negativa a través de respuestas conductuales y cognitivas, ya que el individuo juega un gran papel en el transcurso del trastorno; se dice que el sujeto con trastorno Depresivo se focaliza en metas inalcanzables y aspectos negativos, además que no reciben refuerzos

teniendo en cuenta que la persona deprimida posee tendencias a autocastigarse (Rehm, 1997).

Modelo de Nezu.

Según Nezu (1989) el Trastorno depresivo se origina y mantiene a partir de la ineficacia de las habilidades que el individuo posee para la solución de problemas; es decir, que mientras un individuo posea habilidades de solución de problemas deficientes posee mayores posibilidades de consolidar el padecimiento de un trastorno depresivo. El sujeto se expone a una situación problemática y cuando no logra resolverla eficazmente puede generarse una respuesta negativa que tendría como resultado la disminución en el refuerzo de la conducta y por ende inicios de Depresión.

Del mismo modo, Nezu propone que la Depresión se origina cuando existen carencias en alguno de los componentes de la solución de problemas: 1.) Orientación hacia el problema, 2.) Definición y formulación del problema, 3.) generación de soluciones alternativas, 4.) toma de decisiones, 5.) puesta en marcha de la solución y verificación. (Nezu, Nezu y Perry, 1989).

Teorías biológicas de la Depresión.

Además de las teorías conductuales y cognitivas que estudian el trastorno Depresivo, existen también otras teorías que van más allá de lo puramente psicológico y de los procesos de interacción del individuo con su entorno.

En la teoría biológica de la Depresión, se concibe la depresión según Friedman y Thase (1995) como una anormalidad que se presenta en la regulación de neurotransmisores en el sistema nervioso central especialmente si se registran anormalidades en uno o más de los sistemas neuroconductuales: 1.) Facilitación conductual, 2.) Inhibición conductual, 3.)

grado de respuesta al estrés, 4.) ritmos biológicos, 5.) procesamiento ejecutivo cortical de la información; se puede decir que las anomalías que se presentan en estos sistemas son especialmente heredados o adquiridos, además de esto se explica el padecimiento de un trastorno depresivo con la estimulación ambiental en llave con la vulnerabilidad genética que presente el individuo (Friedman y Thase, 1995).

Teorías cognitivas de la depresión.

La teoría cognitiva hace su énfasis en que la percepción errada de uno mismo, del otro y de los sucesos que lo rodean puede ser la causa de la depresión, puesto que existe una recíproca relación entre las respuestas de tipo motivacional y las de tipo afectivo (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2000). A continuación, se encuentran los referentes teóricos que es necesario abordar para lograr la conceptualización de la teoría cognitiva.

La *teoría de la desesperanza aprendida* que es impulsada por Seligman entre los años 1974 y 1975 que es considerada la teoría que ha llevado a más investigaciones sobre depresión en la década de los setenta; esta afirma que las situaciones aversivas pasan a ser una depresión puesto que la inducción de desesperanza conlleva a afectar los comportamientos que las personas producen posteriormente (Riso y Ardila, 1992).

Subsecuentemente se presenta una nueva teoría impulsada por Abramson (1997) que se basa en la reformulación de la desesperanza aprendida en la cual se afirma que lo realmente importante son las atribuciones que haga el sujeto con respecto a la situación ya que esto aumentaría el efecto negativo, otra afirmación es que si los efectos negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales se aumenta la percepción de desesperanza en el individuo. La Teoría de la Desesperanza aprendida es una teoría de vulnerabilidad estrés de la depresión, que postula el estilo inferencial negativo como contribuyente de la depresión.

De acuerdo con la teoría de la vulnerabilidad cognitiva de desesperanza, el estilo inferencial depresógeno es hipotetizado como factor importante que contribuye con el incremento de síntomas depresivos ante la presencia de eventos negativos (Abramson et al., 2002, 1989, 1978).

Por otro lado, dentro de las teorías explicativas de la depresión el *modelo cognitivo de Aaron Beck* es de los más citados en la literatura científica en la que se argumenta que la depresión no es más que el resultado erróneo que hace el individuo de las situaciones y acontecimientos que afronta (Vásquez, Muñoz y Becoña, 2002). En este modelo se resalta la preponderancia causal cognoscitiva y se pasa a considerar los síntomas afectivos, motivacionales, fisiológicos y comportamentales que se presenta en el síndrome depresivo como consecuencia del mismo déficit.

Según Beck (1976) existen marcadas diferencias entre los sujetos depresivos y los no depresivos al momento de procesar la información. Aunque el modelo no puede ser considerada como la última, ni la única causa del trastorno depresivo, señala cinco rasgos de contenido que son relevantes de acuerdo a la forma de pensar de las personas depresivas como la globalidad, absolutista y moralista, invariabilidad, personalización por el carácter e irreversibilidad, a pesar de no ser clara la formación y el desarrollo de los esquemas a partir de eventos o situaciones traumatizantes de pérdida y privación que ocurrieron en la infancia (Beck y Clark, 1988); estas serían las responsables principales de que se forme un esquema depresivo y cuando este es formado puede que permanezca latente por grandes periodos de tiempo y lograr ser activado por situaciones similares a las que fueron responsables de la aparición del esquema formado en la infancia o en el momento en el

cual se haya presentado la formación del esquema en mención (Beck, Young, Rych y Weinberger, 2008).

El esquema depresivo podría dar lugar a inclinaciones permanentes en la percepción e interpretación de la información que proviene del medio. A su vez, a estos errores sistemáticos que pueden ser de carácter automático e involuntario Beck (1979) los denominó distorsiones cognoscitivas. En estos se incluye la influencia arbitraria (llegar a una conclusión sin tener evidencia a favor o en contra), abstracción selectiva (centrar la atención en un detalle específico del contexto, dejando a un lado otras características que son de más relevancia para la situación), sobregeneralización (se realiza la formulación de una conclusión que se basa en uno o más elementos aislados y estos conceptos se aplican en situaciones diversas), magnificación y minimización (altera la importancia de un suceso), personalización (se asigna a si mismo fenómenos externos a pesar de carecer de datos) y pensamiento absolutista, dicotómico (inclinación a evaluar las experiencias en general en una o más categorías opuestas). Como resultado de esto se obtiene una las autoverbalizaciones que son de tipo automáticas o voluntarias, los temas de los pensamientos reflejan la estructura existente y suele estar constituida por pensamientos de pérdida, fallas, rechazo, incompetencia y desesperanza. Esta forma de pensar Beck lo propone en sus postulados como la triada cognitiva de la depresión la cual está compuesta por pensamientos automáticos que se tiene frente a uno mismo (verse de forma inadecuada, indefensa o inútil), hacia a el mundo (percepción del mundo como hostil, con sentimientos de rechazo y con obstáculos insuperables) y con el futuro (posee expectativas irremediables de fracaso y desesperanza) (Beck, 1979). Esto evidencia que los individuos construyen activamente su realidad en la depresión hay una tendencia clara a la interpretación negativa

de las experiencias que soportan sus creencias sobre ser un fracasado, defectuoso y el no ser amado (Clark y Steer, 1996).

En su reformulación de 1987, Beck reconoce que estresores ambientales están involucrados en el inicio de la depresión y postula el modelo de diátesis-estrés cognitiva para la etiología de la depresión reactiva y otros problemas clínicos. Evidenciando dos tipos de depresión: la sociotrópica y la autonómica. Estos modos son considerados diátesis distales de personalidad que interactúan con eventos vitales congruentes o coincidentes para precipitar la depresión reactiva. Las personas sociotrópicas se constituyen a partir de experiencias de rechazo, donde la persona podría conformar esquemas básicos de necesidad de aprobación y dependencia, son más propensas a deprimirse en respuesta a acontecimientos que perciben que implican derrota o pérdida de independencia personal, control o movilidad (Beck, 1987, 1991). Se espera entonces que los precipitantes de la depresión reflejen una congruencia específica entre la sociotropía y eventos interpersonales negativos; y en el caso de la autonomía las experiencias asociadas a la depresión han sido de pérdida, y por tanto la conformación de esquemas se relaciona con la autonomía y la autoexigencia.

Beck y colaboradores sugieren que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad (Beck y Alford, 2009; Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard, Newman y Beck, 2001). En la teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia

valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema (Belloch et al, 2008b; Clark y Beck, 1997).

Con relación a los pensamientos como elementos claves para la salud mental, la teoría de la especificidad cognitiva establece que los pensamientos automáticos son específicos a cada trastorno emocional, siendo en la depresión los pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Clark y Beck, 1997).

Teorías Cognitivo-conductuales.

Las personas con síntomas depresivos evidencian tener estrategias de afrontamiento no tan buenas, que llevan a la persona a actuar de manera rígida, impulsiva, poco reflexiva y desconfiada. Las estrategias han demostrado incidir sobre el posible deterioro de una enfermedad y sobre su curso. Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos.

1.2. Clasificación de los Trastornos Depresivos

Los trastornos del estado de ánimo son el grupo de trastornos que involucran alteraciones emocionales graves que van del júbilo a una depresión severa (Durand y Barlow, 2007). Estos se dividen en trastornos depresivos, bipolares y dos trastornos basados en la etiología: debido a enfermedad médica y los inducidos por sustancias.

Los trastornos del estado del ánimo constituyen un grupo de alteraciones emocionales graves que se dividen en trastornos depresivos, bipolares y dos trastornos basados en la etiología como causa de una enfermedad médica o inducido por uso y abuso de sustancias (Durand y Barlow, 2007).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014) los trastornos afectivos se dividen en dos grandes grupos trastorno bipolar y trastornos relacionados y trastornos depresivos. En el presente estudio se enfatizará en la evaluación de los Trastornos Depresivos (Ver Tabla 1.).

Tabla 1

Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastornos depresivos

| Trastorno Depresivo | Criterios |
|---------------------------|--|
| Trastorno Depresivo Mayor | A. Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presente en un periodo de dos semanas; el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer deben estar incluidos dentro de los síntomas. |
| | 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, todos los días, evidenciado en el sentimiento de vacío, tristeza o desesperanza auto percibida u observada por terceros. |
| | 2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. |
| | 3. Pérdida importante de peso o aumento del mismo, o bien disminución o aumento del apetito casi todos los días. |
| | 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. |
| | 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días que puede ser identificado por terceros. |
| | 6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días. |
| | 7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. |
| | 8. Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones casi todos los días, puede ser reportado por el propio individuo |

o por otros sujetos.

- 9. Pensamientos de muerte, ideas suicidas de forma recurrente, así como intento de suicidio o un plan fraguado para materializarlo.
- B. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral u otras importantes para el normal funcionamiento.
- C. No se puede atribuir a los efectos de una sustancia o de otra afección médica.

Trastorno
depresivo persistente
(Distimia)

- A. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, con más presencia que ausencia a lo largo de los días. Puede ser evidenciado por el sujeto o por terceros.
- B. Presencia durante la depresión, de dos o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Poco apetito o sobre alimentación.
 - 2. Insomnio o Hipersomnia.
 - 3. Poca energía o fatiga.
 - 4. Baja autoestima.
 - 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 - 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el lapso de dos años de padecer la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante dos meses seguidos.
- D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar presentes durante dos años.
- E. Nunca se ha presentado un episodio maniaco o hipomaniaco y no se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no se explica por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.
- H. Los síntomas producen malestar clínicamente significativo o deterioro en el área social, laboral u otras significativas para el funcionamiento.

Trastorno
depresivo inducido por
una
sustancia/medicamento

- A. Alteración importante y persistente del estado de ánimo caracterizada por un estado de ánimo deprimido, disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B. Existen evidencias clínicas de:
 - 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
 - 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.
- C. El trastorno es explicado por un trastorno depresivo no inducido por sustancia/medicamento.
- D. El trastorno no se produce durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.

Trastorno
depresivo debido a otra
afectación médica

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades.
- B. Existen pruebas clínicas de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afectación médica.
- C. La alteración no se explica por otro trastorno mental.
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. El trastorno produce malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas significativas del funcionamiento.

Recuperado de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [DSM-5], de American Psychiatric Association, 2014, 5ª Edición.

1.3. Evaluación de lo psicológico

En el presente apartado se revisarán los aspectos relevantes a la evaluación psicológica, sus implicaciones y tipos.

Si el análisis de la conducta de un sujeto es complejo, el análisis del resultado de las acciones ejercidas en determinados contextos incrementa el reto que constituye lograr una

precisión adecuada en las medidas efectuadas (Mikulic, 2007), por lo que la evaluación psicológica debe comprometerse en indagar formas de concebir y evaluar la conducta como un sistema abierto en constante equilibrio adaptativo, lo que supone superar las posiciones evaluativas tradicionales.

Según Abello, Cortés, Fonseca, García y Mariño (2013) a pesar de que se han venido desarrollando diversos métodos para diagnóstico y tratamiento de Trastornos Afectivos, estos no responden a cabalidad frente a la demanda de eficacia, efectividad y objetividad que demanda el terreno de evaluación e intervención psicológica.

Debido a que gran parte de los deberes arraigados de todo profesional de la psicología es garantizar un ejercicio efectivo y eficaz de su labor. Intervenir en un paciente de la mejor forma debe apuntar a reducir su malestar y propiciar en él un bienestar general. Para poder establecer una intervención efectiva se demanda de una evaluación precisa del estado del paciente ya que todo estado mórbido tiene una evolución particular en cada individuo debido a la participación de múltiples factores (genéticos, ontogénicos, sociales, culturales, económico, entre otros); incluso la evaluación del paciente debe ser permanente y realizarse no solo al inicio del proceso, sino que se debe garantizar su ejecución durante y al finalizar la intervención. Una de las herramientas más utilizadas para llevar a cabo este proceso de evaluación son los instrumentos psicométricos, y asegurar que su construcción y constitución cumplan con ciertos criterios, que permitan generar confianza en los datos obtenidos a través de ello, permite realizar adecuadamente la evaluación y elaborar con precisión la intervención particular para cada paciente.

La evaluación de lo psicológico implica recoger información y usarla para tomar decisiones y resolver problemas, lo que supone que la evaluación es una actividad de

recogida, análisis, valoración y uso de la información para resolver problemas de manera eficaz, problemas que se relacionan con el comportamiento humano sea estos en grupos o individuales, ya que es una actividad que va dirigida por objetivos (Tapias, 2011).

Inicialmente la evaluación puede definirse como el estudio, análisis y valoración de las características de un sujeto, de sus formas de acción, reacción e interacción con los demás y la realidad y de sus procesos de cambio (Forns, 1993), concepto que se ha ampliado ya que todo esto se analiza dentro de un sistema configurado por sujetos, que se encuentran sometidos a procesos internos y externos que afectan y determinan la forma en la que se hace contacto con la realidad.

La evaluación de la psicología como disciplina científica ha estado marcada por la búsqueda de métodos que permitan cuantificar aquellos elementos de la conducta humana cuya naturaleza es irreductiblemente cualitativa, por ende, los rasgos de personalidad, los procesos cognoscitivos y las actitudes debían ser susceptibles de medirse en aras de garantizar la veracidad de la información que se está obteniendo sobre éstos. En otras palabras, para llegar al conocimiento debe someterse a estudio una variable determinada, dicho proceso se efectúa exponiendo la variable a una rigurosa medición, que se realiza a partir del diseño de un instrumento (Muñiz, 1998).

La medición de lo psicológico inicia su desarrollo de la mano de Fechner (1860) quien utilizando la experimentación en conjunto con las matemáticas logró establecer una relación logarítmica entre la dimensión física y la psicológica, dando lugar a la psicofísica. Los procedimientos de medición continuaron su evolución, esta vez orientados hacia el sujeto, dentro de esta línea de estudio el pionero fue Galton (1869), las pruebas que llevó a cabo en el laboratorio antropométrico buscaban medir la inteligencia, los resultados de la

experimentación fungieron como base para los posteriores análisis cuantitativos, correlacionales y estadísticos de la misma.

Tipos de evaluación.

La evaluación psicológica supone por sí un reto, el integrar conceptualmente aportes de diferentes enfoques y el ver cómo la ciencia misma ha ido avanzando, observar los diferentes servicios que cada vez crecen más, la progresiva demanda del medio y la inevitable necesidad de buscar solución a diversos problemas, centrándose en una perspectiva entre el hombre y el entorno. Si bien no existe un proceso de evaluación contrastable, ni variables claramente delimitadas y medurables, si existe la evaluación de lo psicológico, desde este modelo, se da gran importancia al análisis psicológico de los procesos cognitivos, de los correlatos entre las variables fisiológicas y las operaciones cognitivas, de la relación que existe entre los procesos cognitivos y diferencias individuales que conformarán el estilo cognitivo de cada sujeto (Mikulic, 2007), por lo que Fernández-Ballesteros (2014) dado a la dificultad que esboza la medición de lo psicológico, propone que esta evaluación se debe hacer desde dos perspectivas, una evaluación categorial y una dimensional.

- ***Evaluación Categorial:*** Es en la cual el profesional hace uso de un sistema de clasificación categorial, en el caso de psicólogos el uso del Manual Diagnóstico DSM, el cual permite revisar criterios que han de ser guía para un diagnóstico determinado, o que se termina comprobando con el juicio clínico (Fernández-Ballesteros, 2014).

- La evaluación categorial utiliza el método tradicional, que trata de establecer categorías precisas a propiedades claramente definidas, tratando de definir la

ausencia o la presencia de una categoría (Widakowich, 2012), apoyándose de la observación clínica.

- ***Evaluación Dimensional:*** dado el exceso de comorbilidades a nivel diagnóstico y la dificultad para delimitar algunos trastornos, se impone un nuevo paradigma de evaluación y es lo que hace referencia a la evaluación dimensional (Widakowich, 2012).

Evaluación Dimensional la cual se adviene de manera complementaria de la evaluación categorial, la cual se encuentra influenciada en el uso del Manual Diagnóstico, en la dimensional se procura medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, tratando de ordenar los síntomas según los diferentes grados de intensidad (Widakowich, 2012), el hecho de medir las diferencias cuantitativas de un mismo sustrato, con matices y diferencias de grado entre los síntomas, este enfoque de la evaluación podría decirse que pasa a complementar el enfoque categórico tradicional. No obstante, lo anterior que confiere finalmente a un instrumento de medición la denominación de test es McKeen Cattell (1890) a través de un artículo en el que hacía una descripción de las pruebas aplicadas a un grupo de estudiantes universitarios con el objetivo de evaluar su capacidad intelectual (Neiva, 1996). Posteriormente, Alfred Binet en compañía de Theodore Simon diseñan en 1905, la escala de medida de la inteligencia en aras de identificar deficiencias mentales en estudiantes, el avance en su elaboración radica en el nivel de complejidad de los ítems, así como en las instrucciones para su aplicación (Molero, Saiz y Esteban, 1998).

Los avances en materia de medición se proyectaron de manera considerable de uso en la selección de los soldados que participarían en la primera guerra mundial. A partir de ese momento los instrumentos psicométricos fueron empleados en los contextos laboral y

académico, consolidando así la percepción que una herramienta que aportaba rigurosidad a cualquier proceso evaluativo y/o investigativo (Muñiz, 1998).

Según Calderón (1990), el uso de los test fue extendido al ámbito clínico para obtener una visión más amplia acerca de cierto tipo de afecciones que tenían su influencia en el estado mental de los sujetos. Para efectos del ejercicio de marco referencial, se traerán a colación estudios acerca de la construcción de instrumentos psicométricos diseñados para evaluar trastornos relacionados con el estado de ánimo.

Las escalas diseñadas por lo general se ocupan de registrar los síntomas de una patología determinada y su finalidad es dar a conocer el estado actual del paciente, la calificación depende la presencia o ausencia de los síntomas o bien cuantificar su intensidad (Calderón, 1990).

La psicometría se convierte en uno de los pilares básicos de la psicología, en cuanto a la medición de los atributos psicológicos, lo que aporta a la evaluación y al posible diagnóstico un rendimiento invaluable. Dado a esto es que pasan a crearse los protocolos de carácter clínico, los cuales son definidos como un conjunto de recomendaciones que ayudan a los profesionales a tomar decisiones sobre cuál es la ayuda y/o refuerzo más apropiado, constituyéndose como herramientas clínicas útiles dentro de la práctica psicológica (Moran, Martínez y Mantilla, 2005). Estos se encuentran orientados a la evaluación e intervención psicológica, debido a que son documentos que describen la secuencia de un proceso de atención de un paciente. Dichos protocolos se componen de la entrevista e instrumentos psicométricos, ambos son herramientas en la práctica común en profesionales que consideran al ser humano en su totalidad y en relación natural con su ambiente.

1.3.1. Elementos básicos de la psicometría.

Como ya lo hemos mencionado la medición de variables psicológicas es en sí misma una tarea muy compleja, dado carácter multifactorial de este tipo de variables y los diversos modelos teóricos que propenden por el abordaje explicativo de las mismas, pues cada uno de estos asume ciertos criterios inquebrantables sobre la naturaleza de dichas variables, razón por la cual en secciones anteriores se ha brindado un completo abordaje del modelo Cognitivo – Conductual que constituye el marco epistemológico de esta investigación.

Ahora bien, propendiendo por la demarcación minuciosa de las implicaciones de determinar los niveles de cierto rasgo de una variable, es importante definir que medir es obtener la magnitud de cierta propiedad de uno o más objetos con ayuda del sistema numérico (Magnusson, 1969), y pese a que para medir propiedades específicas de un objeto o sujeto, generalmente se dispone de instrumentos que nos dan resultados fijos y precisos, en lo que respecta a las variables psicológicas la aprehensión de la propiedad es más difícil, pues los rasgos de este tipo de variables no subyacen en representaciones materiales que se puedan medir con instrumentos físicos (Magnusson, 1969). Por ello, los instrumentos asociados particularmente a estas variables deben brindar estimaciones numéricas de los puntajes verdaderos a través de cálculos que se ajusten a modelos teóricos-matemáticos, y es justo en este punto, donde campos científicos como la Psicometría vislumbran su cumbre de relevancia.

Para una mayor aproximación a los principios básicos de Psicometría es importante mencionar inicialmente que esta constituye una disciplina de la psicología cuya finalidad es aportar soluciones al problema de la medida en cualquier proceso de investigación

psicológica, e incluyen aspectos meramente teóricos que tratan de la medida de lo psicológico, encargándose de describirlas, categorizarlas, evaluar su utilidad y precisión, así como la búsqueda de nuevos métodos, teorías y modelos matemáticos que permitan mejores instrumentos de medida; y otros aspectos prácticos ligados a la construcción de instrumentos adecuados que permitan conseguir buenas medidas y los usos que dichas herramientas permiten realizar (Tovar, 2007).

En lo que respecta propiamente a los instrumentos de medición de variables psicológicas la psicometría nos indica claramente que aun cuando el proceso de creación de estos es claramente complejo, se requiere que estos posean como características principales: capacidad de reproducibilidad, utilidad, fiabilidad/confiabilidad y validez (Lamprea y Gómez-Restrepo, 2007). Lo anterior sugiere que para que un instrumento pueda ser utilizado por un profesional de la psicología, primero debe ser valorado con el propósito de verificar si es apto, en tanto que reúna una serie de criterios, para ser aplicado y que sus resultados sirvan como insumo valioso para el proceso evaluación psicológica de uno o más sujetos. En este sentido, para que los datos obtenidos por instrumentos psicométricos tengan algún tipo de repercusión en situaciones prácticas, estos deben medir realmente el rasgo que pretende medir, y debe arrojar medidas estables que se mantengan en condiciones similares del objeto o individuo evaluado, por consiguiente los datos que recolecta el instrumento deben ser: significativos y reproducibles, el primer requisito responde a la necesidad de que la medida que se realice realmente responda a la naturaleza de la variable en cuestión, una condición aparentemente obvia que no resulta tan sencilla, tal y como lo hemos mencionado anteriormente, dada la naturaleza de las variables psicológicas, a este criterio se le denomina: Validez (Magnusson, 1969). El segundo

requisito indica que los resultados obtenidos por un instrumento deben medir con la misma exactitud en diferentes ocasiones en las mismas condiciones, ese cálculo de precisión es lo que se conoce como Confiabilidad (Magnusson, 1969). A continuación, se indican los aspectos más importantes de estos dos criterios psicométricos:

Validez. La validez es definida como el grado en que una prueba mide lo que está diseñada para medir, respondiendo a la naturaleza de la variable en cuestión (Aiken, 2003), por ello Guilford (1946) mencionó que un test es válido para aquello con lo que correlaciona. En otras palabras, un test es válido en tanto que la evidencia empírica y los supuestos teóricos respaldan la suficiencia y lo apropiado de las interpretaciones y acciones en base a los puntajes de las pruebas, que son función en últimas de los ítems, los sujetos que responden a la prueba, y el contexto en el que se evalúa (Tovar, 2007). En su sentido más simple, la validez es la capacidad que posee un test para medir aquello que pretende y dice medir.

Ahora bien, el proceso de validación de un instrumento psicométrico no se puede reducir a un índice numérico, la definición de este criterio implica la acumulación de evidencia teórica, estadística, empírica y conceptual del uso de las puntuaciones. La Asociación Americana de Psicología (APA) en liderato de L.J. Cronbach, en 1954 estableció que la validez era de tres tipos, dependiendo del método por el cual se estime, cada uno de los cuales apuntan a grosso modo a determinar: (a) Si el contenido de la prueba responde a la estructura teórica de la variable (validez de contenido), (b) La correlación entre las calificaciones de la prueba y las calificaciones en el criterio de interés (validez de criterio), y (c) Las características psicológicas particulares o constructos medidos en la

prueba (validez concurrente), como el comportamiento de la prueba en sujetos pertenecientes a diferentes categorías (Aiken, 2003).

Confiabilidad. La confiabilidad es una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando se administra la prueba a un grupo de personas en una ocasión particular y bajo condiciones específicas (Thompson, 1994), que determina si realmente el instrumento mide el rasgo para el cual fue diseñado, sin verse afectado superando la incidencia del cambio temporales en los sujetos (Aiken, 2003). En tal sentido, la confiabilidad puede ser afectada por errores de medición producidos por bajas de motivación, falta de disposición o condiciones externas del ambiente (distracciones o incomodidades), que constituyen errores no sistemáticos que inciden en la varianza de error y por tanto en la correlación que materializa el coeficiente de confiabilidad, un índice estadístico que es el marcador de la confiabilidad de un test y cuya calificación se expresa en un numero decimal positivo, con valores fluctuantes entre .0 y 1.0 (Aiken, 2003).

En este sentido los métodos empleados para la estimación de la confiabilidad propenden por el abordaje de diferentes condiciones que puedan producir cambios no sistemáticos en las puntuaciones y por ende en el índice, ente ellos encontramos los métodos test-retest, formas paralelas, y consistencia interna, la elección de algunos de ellos dependerán de las características del test que se está sometiendo a verificación y del propósito del investigador (Aiken, 2003).

El punto implícito de convergencia entre la Confiabilidad y la Validez es la estimación del **Error estándar de medida** pues finalmente es lo que permite delimitar las deducciones que se derivan de una medición, superando graves distorsiones que se pueden originarse en la medición de cualquier variable, y en especial, en variables como las

psicológica, que como se ha expuesto anteriormente son tan complejas en sí mismas.

Muñiz (1998) identifica tres fuentes principales de error aleatorio en la medición psicológica:

- ❖ *La persona evaluada:* Circunstancias intrapersonales al momento de realizar la medida; estado de ánimo, actitudes, ansiedad y temores ante el test o cualquier circunstancia previa al mismo, que produzca una disposición inadecuada del individuo frente a la aplicación del test.

- ❖ *El instrumento de medida utilizado:* Las características específicas de la Escala, inventario o test puede afectar gravemente los resultados del individuo evaluado, alterando la realidad registrada del mismo.

- ❖ *La aplicación, corrección e interpretación de los resultados arrojados por el instrumento:* Procedimientos mal desarrollados por los profesionales, que afecta directamente el rigor de la medición y obviamente, los resultados de esta.

La estimación del error de medida es hasta ahora la más completa intervención que se puede realizar para mitigar el impacto del error aleatorio en la medición de variables psicológicas y garantizar que las decisiones científicas que se tomen a partir de los resultados de cualquier instrumento psicométrico al menos tenga una base sólida y confiable, por ello cobra vital importancia las teorías estadísticas de los test; compuestas por criterios técnicos que le permiten al profesional calcular la solidez psicométrica de cualquier instrumento, su confiabilidad, validez y fiabilidad.

En el caso de las variables psicológicas la propuesta pionera para la estimación de errores fue realizada por Spearman (1904, 1907, 1913) y se denominó *Modelo lineal Clásico*, construcción teórica que dio origen a todo un enfoque general sobre los test que se

ha conocido como *La Teoría Clásica de los Tests*. Tiempo después procurando la superación de las limitaciones de la teoría clásica surgieron nuevas iniciativas teóricas que se recopilaron bajo la denominación genérica de *Teoría de Respuesta al Ítems* (Muñiz, 1998). Ambas teorías convergen en la intención de formalizar las interrelaciones entre tres componentes que intervienen en la medición mediante test: a) la puntuación observada tras la administración del instrumento, b) el valor inobservable del dominio o rasgo psicológico que se pretende medir y b) el error de medida inmerso en el proceso (Abal, Aguerri, Attorresi, Galibert & Luzzia, 2009), constructo que se ha desglosado en párrafos anteriores.

Estos referentes de psicometría es lo que permite dar el soporte para los estudios psicométricos. A continuación, se evidenciará los estudios previos que soportan los antecedentes del presente estudio.

1.4. Antecedentes de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA)

De acuerdo con Abello y Cortés (2012) el propósito de la investigación fue construir y validar una escala que lograra medir los trastornos afectivos. Este estudio permitió el inicio del recorrido como investigador y llegando en la actualidad en la presente tesis doctoral.

En primer lugar, la muestra de la fase inicial estuvo compuesta por 100 sujetos de la Corporación Universidad de la Costa (Barranquilla, Colombia): 19% hombres y 81% mujeres con edades comprendidas entre 18 y 44 años. De forma inicial, la escala estaba conformada por una subescala de Depresión de 57 ítems (1-57) y una subescala de Manía de 41 ítems (58-93). Para el procesamiento estadístico de los datos se realizaron empleando el software SPSS; los índices Alfa de Cronbach de la subescala de Depresión (α : 0.942) y en la Subescala de Manía (α : 0.834). Además, fue realizada la estimación de los niveles de

correlación ítems – escala y se desarrolló el análisis factorial para lograr profundizar en la valoración de la validez del constructo de la prueba. Se generaron los rangos de clasificación de los puntajes obtenidos, a fin de identificar el nivel de Manía o Depresión de los sujetos, las escalas evaluaban rangos de nivel: Bajo, medio y alto. La subescala de Depresión permitió identificar que los rangos de clasificación se encuentran en un nivel bajo del 81% y medio del 19%. En la subescala de Manía, los rangos están en un nivel bajo del 82% y medio del 18%; lo cual es consistente dada la naturaleza de la muestra piloto (no clínica).

La fase siguiente de la investigación que corresponde al proceso de diseño y estandarización de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos (EMTA), que tiene por propósito realizar el análisis desde la Teoría Clásica de los Test (TCT) y la Teoría de Respuesta al Ítem (TRI) por medio de una muestra de 384 estudiantes vinculados a 3 instituciones pertenecientes a la educación superior de la ciudad de Barranquilla, con edades que oscilan entre los 17 y 26 años. La recolección de datos se realizó por medio de la administración de 3 instrumentos: la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, el Inventario de Depresión de Beck ($\alpha = .791$) y la Escala Autoaplicada de Altman ($\alpha = .566$). Los resultados reportados se ajustan a los parámetros de ambos modelos. Conforme al análisis desde la TCT, el índice de alfa de Cronbach es adecuado para ambas subescalas ($\alpha = .942$ para la Subescala de Depresión y $\alpha = .864$ para la Subescala de Manía), existe una alta consistencia interna con correlaciones ítems superiores a .3 para todos los ítems.

Se reportaron resultados ajustados a los parámetros de ambos modelos. En el análisis desde la TCT, se evidenciaron índices alfa de Cronbach adecuado para ambas subescalas ($\alpha = .942$ para la Subescala de Depresión y $\alpha = .864$ para la Subescala de Manía),

una alta consistencia interna con correlaciones ítem escala superiores a .3 para todos los ítems. Desde la TRI, se reportó una fiabilidad en el caso de la Depresión de .88 (personas) y .99 (ítems), mientras que, en lo referente a Manía, los índices fueron de .84 (personas) y .87 (ítems). A lo largo de los resultados se conservó un ajuste monotónico creciente, con lo cual se corrobora el cumplimiento del principio de la invarianza en la medición del rasgo latente (Abello y Cortes, 2012; Abello, Cortes, Fonseca, García y Mariño, 2013; Abello-Luque, Cortes-Peña, García-Montaña, García-Roncallo y Nieto-Betancourt, 2017).

1.5. Protocolo de Evaluación

En la actualidad, los procesos de evaluación en Psicología y de las disciplinas de la salud mental en general se encuentran nuevamente muy relacionados a la aplicación de instrumentos de evaluación y medición. Teniendo ahora que dar frente a los efectos colaterales que ello presupone, en el punto más álgido del asunto es imprescindible referirse a la proliferación indiscriminada de pruebas, sin olvidar la cantidad de versiones o revisiones de las mismas, lo cual según Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y de Vicente (2002) podría sumergir a las disciplinas en una especie de caos, debido a que cada vez se complejiza para los profesionales el determinar los instrumentos más adecuados para abordar un trastorno determinado. En este escenario, Muñoz et al., (2002) se contemplan que el escenario ideal consistiría en contar con *protocolos de evaluación* bien estructurados y que, a pesar de tenerse avances en esta materia, usualmente se encuentran restricciones tanto con la publicación de estos como al acceso a los mismos, debido a intereses de tipo económico, académico o sociales que están de por medio, sin mencionar la usual falta de consenso científico que resulta de estos. En el caso específico de la psicología y desde la perspectiva del modelo cognitivo conductual, el panorama es similar, pues de acuerdo con

Moran, Martínez y Mantilla (2005), a partir de su revisión documental sobre protocolos de evaluación y tratamiento desde el modelo cognitivo conductual, refieren que si bien se han desplegado muchos estudios para la configuración de protocolos de evaluación e intervención desde el modelo, dichos protocolos están sujetos a investigaciones institucionales en universidades de España, Chile y Estados Unidos y que dichas instituciones realizan la revisión y adaptación de los protocolos acordes con sus necesidades, este hecho plantea una restricción para el acceso del público general no perteneciente al colegiado o sin autorización directa de las mismas.

Por su parte, ya en lo que respecta a una tipificación de la evaluación psicológica acuerdo con Fernández-Ballesteros (como se citó en Muñoz et al., 2002) el único acercamiento real y posible a los procesos de evaluación psicológica en el ámbito clínico es considerarla dentro de un proceso compuesto de distintas fases y tareas. En este sentido, en términos generales el proceso de evaluación deberá en primer lugar describir adecuadamente la realidad, en segundo lugar, generar hipótesis explicativas del fenómeno y finalmente contrastar dichas hipótesis. En donde, además, se considera a la entrevista siguiendo los postulados de Wolpe & Turkat (como se citó en Muñoz et al., 2002) como la técnica central que organice y dirija todo el proceso de evaluación. A continuación, se presenta una conceptualización y descripción de la entrevista la cual ha merecido aquí un despliegue individualizado por la relevancia manifiestamente reconocida en el campo de la evaluación psicológica.

La entrevista suele ser reconocida como el instrumento de evaluación más implementado en Psicología, pero su configuración es mucho más amplia y profunda. Por tal motivo, ofrecer una definición sustancial y concertada no ha sido tarea fácil; sin

embargo, conceptualizaciones de la entrevista como la que propone Pope (como se citó en Buela-Casal y Sierra 2009) ha tenido gran aceptación y difusión, este considera en términos generales a la entrevista como un encuentro hablado entre individuos que implica una interacción verbal como no verbal. En el cual las personas ocupan un rol diferente teniendo el entrevistador mayor responsabilidad en la conducción de la misma.

Por su parte, en el campo de aplicación clínica, se debe destacar que toda entrevista tiene un objetivo a perseguir, en términos generales se considera como tales:

a) *Establecer una relación:* En gran proporción, la calidad de la información obtenida en la entrevista depende de la confianza que el paciente tiene hacia el terapeuta. Por tanto, este es un aspecto vital por cuidar en toda entrevista. Así mismo, detalles implícitos durante la entrevista, pueden contribuir a potenciar una buena relación terapeuta-paciente como interrumpir al paciente lo menos posible y el realizar intervenciones concretas y claves que clarifiquen ciertos significados al paciente son puntos a favor del terapeuta para instaurar una buena relación.

b) *Obtener información:* constituye el objetivo central de toda entrevista, en el ámbito de la clínica, el entrevistador utiliza técnicas bien definidas como el uso de las diferentes modalidades de preguntas (abiertas-cerradas/ directas-indirectas) para conducir al paciente en la línea requerida.

c) *Evaluar la psicopatología:* es un aspecto esencial en toda entrevista clínica, pues con esta, el terapeuta puede usarla como recurso para evaluar al paciente en los aspectos emocional, intelectual, conductual, etc.

d) *Proporcionar devolución al paciente:* se considera ideal que en las entrevistas incluyendo las iniciales, se ofrezca al paciente información sobre el problema

abordado por lo menos una aproximación al mismo, lo cual proporcionará confianza y satisfacción al paciente de que fue escuchado y atendido.

e) *Conceptualización del problema:* se trata de la puesta en práctica por parte del terapeuta de técnicas que le permitan recolectar y procesar información para posteriormente integrarla y plantear hipótesis, de lo cual se desprende el plan de intervención.

f) *Selección y definición de Metas terapéuticas:* hace referencia al plan de tratamiento, el cual se establece mediante la selección de conductas clave a modificar (variable dependiente) y la selección de variables a manipular (variables independientes); así como el tratamiento a implementar (metas terapéuticas, selección del programa, evaluación y control de variables y aplicación de tratamiento).

g) *Evaluación de procesos y resultados:* se enmarca en la evaluación de los resultados en donde se revisa el logro de las metas propuestas y se revisan las conductas marcadas como claves, además de la comprobación de hipótesis planteadas.

Por otro lado, se pueden reconocer diferentes tipos de entrevista que tal y como establecen Buela-Casal y Sierra (2009) se establecen de acuerdo con: el grado de estructura, la finalidad y el modelo teórico.

- *Según el Grado de Estructuración:* En este plano de se consideran tres tipos de entrevistas; *las estructuradas*, en donde tanto la secuencia de preguntas se encuentran predeterminadas así como la posibilidad de respuesta; *las semiestructuradas*, en donde se implementa una estructura general de preguntas prefijadas, pero en el transcurso de la misma el entrevistador puede desligarse un poco de estas y adentrarse en otros puntos que considere repentinamente relevantes; finalmente la *entrevistas no estructuradas*, en las

cuales el entrevistador tiene libertad total en la formulación de preguntas y en la ruta de la entrevista.

- *Según la Finalidad:* la entrevista clínica en este marco puede concebirse en tres tipos; de investigación, diagnóstica y terapéutica. Las primeras se orientan al conocimiento objetivo del fenómeno o situación, mientras que en la segunda va encaminada a explorar las distintas características del sujeto entrevistado, tanto a nivel biográfico como en lo relacionado a su personalidad y habilidades. Finalmente, la entrevista terapéutica tiene la pretensión de evaluar, modificar y resolver los problemas de carácter conductual o emocional en el sujeto.

- *Otros tipos:* Según el Modelo Teórico, Entrevista Conductual y entrevista diagnóstica.

Retomando la configuración general del proceso de evaluación, se presenta el modelo de Muñoz (2002) como una propuesta de dicha evaluación desde la psicología en el ámbito clínico con tendencias claras hacia el modelo cognitivo conductual. Este autor propone tres ejes de actividad: Descriptivo, Funcional y de Diagnóstico.

a) *Análisis Descriptivo:* Implica un acercamiento a la situación personal del paciente para ir progresivamente profundizando en este. Se debe realizar la descripción del estado actual del paciente, las circunstancias de su entorno incluyendo el aspecto idiosincrásico de interpretación de su propia realidad. En esta fase como en las demás, la entrevista juega un papel fundamental, así como otros soportes como los autorregistros y pruebas de auto observación.

b) *Diagnóstico:* esta fase va implícita en todo el proceso de evaluación, en donde según el autor, el diagnostico se relaciona con el eje descriptivo en la determinación

de la lista de problemas y la biografía del paciente; mientras que se relaciona con el análisis funcional en términos de la relación con los modelos psicopatológicos. Igualmente, en esa fase se configura tanto la clasificación diagnóstica como la formulación clínica individual del caso aspectos con estrecha relación y esta situación según Muñoz et al., (2002) es donde se hace visible la imperiosa necesidad de contar con procedimientos de evaluación y tratamiento estandarizados por trastorno. Se ha avanzado por ejemplo en que se cuenta en la actualidad con instrumentos que contribuyen a la formulación diagnóstica como el DSMIV y el CIE-10.

c) *Análisis funcional y Formulación clínica:* en esta fase se toma la información obtenida mediante las dos fases anteriores y se plantean las hipótesis funcionales. posterior a esto, las tres fases se relacionan y alimentan continuamente la una a la otra. Además, las continuas hipótesis de trabajo formuladas deberán ser continuamente contrastadas, dando lugar a análisis funcionales de cada problema, para a partir de estas formular una hipótesis global del caso que determine y explique el inicio, curso y mantenimiento del problema del sujeto. Esta hipótesis global es lo que se determina como formulación clínica del caso.

Por su parte, como se había planteado anteriormente, los instrumentos de medición y pruebas en general juegan un papel fundamental en el proceso de evaluación, en donde el evaluador podrá implementar uno u otros según particularmente lo determine; sin embargo, debido a la problemática actual mencionada en las primeras líneas, la proliferación de pruebas e instrumentos dificulta la selección de los mismos y es aquí donde según exponen Muñoz et al., 2002, se debe considerar aspectos relevantes para la

selección de los instrumentos en función de los denominados criterios de selección de instrumentos entre los que se encuentran:

- a) *Criterios temporales:* en donde el clínico debe considerar el coste-beneficio entre el tiempo de aplicación de pruebas y el valor de la información obtenida por los mismos, de igual forma se debe tener en cuenta la implicación de administrar pruebas extensas en la inmediata y posterior motivación paciente en el proceso; así también el considerar el tiempo general que se cuenta para el tratamiento.
- b) *Criterios de Utilidad:* Implica que la información obtenida en el proceso sea relevante para el objetivo que se persigue.
- c) *Criterio de Calidad:* Aquí se toma en consideración los aspectos que garanticen la calidad de la prueba, en donde toma relevancia la teoría de la generalizabilidad; la cual establece la organización en los criterios de calidad en función de la capacidad de generalización de la prueba; en el nivel más bajo se encuentra la generalización de la prueba en sí misma (fiabilidad) mientras que en niveles superiores se encuentra la generalización hacia una teoría (validez de constructo).
- d) *Criterios culturales:* si bien a nivel teórico se reconoce la vital relevancia de los aspectos culturales en la interpretación de los distintos fenómenos, en la dimensión operativa no se evidencia esta misma relevancia, pues si bien se ha avanzado en la adaptación de instrumentos a diferentes grupos culturales, aún se realizan generalizaciones de pruebas anglosajonas a países cuyas condiciones o contextos socio culturales distan mucho de la original.

El proceso de creación de diversos protocolos ha sido tema de interés y de estudio desde hace varios años, entre estos cabe destacar el protocolo transdiagnóstico de

trastornos emocionales en el que participaron 37 pacientes elegidos mediante un ensayo controlado aleatorio (ECA) y fueron sometidos a 18 sesiones de tratamiento y 6 de seguimiento mensual, que dejan como resultado mejoras sustanciales en los pacientes; en el caso del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales fue aplicado el protocolo de evaluación en 12 pacientes quienes luego fueron sometidos a un pretest y seguidamente a una terapia grupal (postest) que arrojó como resultados diferencias estadísticamente significativas en las medidas de depresión como en las de ansiedad (75% de los pacientes dejó de cumplir criterios para su diagnóstico principal en la evaluación postest) (Castellano, Crespo, Osma y Fermoselle, 2015) y el protocolo transdiagnóstico de estrés, ansiedad y depresión: un análisis con víctimas colombianas, el cual consta de 2 estudios: el primero de tipo instrumental en el que se estableció la validez de contenido por medio del juicio de armonía interjueces compuesto por 9 jueces que evaluaron los aspectos generales, las variables transdiagnosticas que se incluyeron y las problemáticas clínicas e instrumentos propuestos mediante la técnica Angoff Modificada (los resultados de los coeficientes *r_{wg}* se ubicaron entre .33 y .97 valores que indican acuerdo entre jueces) los indicadores de indulgencia y severidad permiten inferir la favorabilidad de la evaluación de los expertos, mientras que en el segundo estudio se compararon las medias obtenidas de la aplicación del protocolos a 15 víctimas del conflicto armado y 73 personas sintomáticas (de acuerdo con los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las variables transdiagnósticas, pues todas oscilaron entre .09 y .95) (Avendaño-Prieto, Toro-Tobar, Vargas-Espinosa y Villalba-Garzón, 2018).

1.5.1. Marco legal y ético.

Todas acciones inherentes a los procesos de investigación e intervención que implican la ejecución de un trabajo investigativo o de intervención, como el presente estudio de tipo desarrollo experimental, se encuentran estrictamente enmarcadas en los estatutos que reglamentan el ejercicio de la Psicología, divulgados por el Colegio Colombiano de Psicólogos, COLPSIC: La ley 1090 del 6 de septiembre de 2006, Código Deontológico y Bioético del psicólogo. En esta recopilación normativa se establece que debe y que no debe hacer el psicólogo, los criterios del *modus operandi* apropiados que debe adoptar el mismo y los derechos que tienen los usuarios que se encuentran involucrados en procesos de investigación e intervención ejecutados desde la psicología.

Todo profesional de la psicología debe contemplar en primera instancia que en su ejercicio debe asumir la responsabilidad de las consecuencias de sus actos y tienen que poner todo su empeño para asegurar que sus servicios sean usados de manera correcta (Ley 1090, Art 1). Por ello todo psicólogo debe desarrollar el rol de investigador de la mejor manera, teniendo en cuenta los principios éticos que deben direccionar la labor y que garantizan el bienestar de los actores directos o indirectos (Individuo, grupo y sociedad) que participan activa o pasivamente en los procesos desarrollados en los distintos campos de la psicología (Código Deontológico, Art. 50).

Entrando en materia de prestación de sus servicios, es importante resaltar que el profesional no puede realizar ninguna discriminación de sus usuarios por ninguna razón y debe respetar criterios morales o religiosos de sus usuarios, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la interpelación (Código Deontológico, Cap. 1, Art. 15 y 16). Además, los psicólogos tienen una obligación básica

respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Los profesionales de esta ciencia deben guardar el secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que se realicen en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comuniquen por reconocimiento de su actividad como profesionales, incluso si esta se realiza en un marco investigativo (Ley 1090, Art 9). Este principio solo es violable si: (a) se cuenta con el consentimiento de los individuos o del representante legal del mismo, (b) se presentan circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros, o (c) por solicitud expresa de un juez de la república. Es menester de los psicólogos informar a sus usuarios de todas estas limitaciones éticas y legales de la confidencialidad del proceso.

(Ley 1090. Art.1) Así mismo, en los procesos de investigación se debe tener en cuenta que

“los profesionales de la psicología son los responsables de todo el contenido de sus estudios y de los materiales empleados en la ejecución del mismo; Así como del análisis de sus conclusiones/resultados; y de su divulgación o pautas para su correcta utilización” (Código Deontológico, Cap. VII, Art 49).

Asimismo, el psicólogo debe utilizar únicamente los medios diagnósticos, prevención e intervención debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas. Además, es necesario que procure hacer uso apropiado del material psicotécnico en el caso que se necesite, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo; y rehusar hacer evaluaciones a personas o situaciones cuando su problemática no sea pertinente al campo de conocimientos que maneje o no se cuente con los recursos técnicos suficientes para hacerlo (Ley 1090, Art 1).

No se puede llevar a cabo ninguna intervención psicológica sin el debido consentimiento y autorización por escrita del usuario, o en casos de menores de edad o dependientes, sin el consentimiento del representante legal (Ley 1090, Cap. II, Art 1, Pág. 2). Para la presente investigación se aplicó el consentimiento informado a todos sus participantes (Ver Anexo 1). También es importante recordar que todo profesional de la psicología debe reconocer la libertad de participación que tiene el usuario, estudiante o participante de una investigación y asumir que cualquier sujeto podrá abandonar los procesos cuando así lo decida (Código Deontológico, Cap. III, Art. 16). Durante la intervención, el psicólogo debe ser lo más claro posible con los usuarios sobre los procedimientos a realizarse con ellos, y mantenerlos suficientemente informados tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento (Ley 1090, Art 1).

“Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta. Y este sólo se usará cuando: el problema por investigar sea importante, solo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información, y si se garantiza que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas y los objetivos de la investigación” (Código Deontológico, Cap. VII, Art 51).

Finalmente, en cuanto a la intervención también se debe tener en cuenta ciertos elementos pues el psicólogo debe llevar, un registro escrito que pueda sistematizarse de las prácticas y procedimientos, que implemente en ejercicio de su profesión. Por el tiempo en que se conserve estos registros su contenido va a ser responsabilidad exclusiva del psicólogo y por ello, estos datos deben conservarse en un lugar seguro, al que no tenga

acceso personal que no sea autorizado por el usuario (Ley 1090, Art. 10). En caso de realizar alguna divulgación con fines científicos, didácticos o académicos se deberá salvaguardar la identidad del sujeto (Código Deontológico, Cap. 1, Art. 29).

Para la presente investigación se sometió el proyecto al comité de ética, siendo avalado en el acta de evaluación no 130, el 9 de julio del 2015.

PARTE II.

MARCO

EMPÍRICO

2. Planteamiento del problema

Las estadísticas mundiales emitidas por la Organización Mundial de la Salud afirman que aproximadamente 450 millones de personas padecen de algún trastorno mental. Dentro de los cuales los trastornos afectivos figuran con una fuerte incidencia (OMS, 2019). Por su parte, la OMS y la OPS (2017) estimaban que, con relación a la carga global de enfermedad, los trastornos afectivos, y específicamente la Depresión sería un factor en aumento. Estas cifras son retomadas por la World Federation of Mental Health [WFMH] (2012) al estimar que incluso antes de la crisis económica mundial, la Depresión se proyectaba para el 2020 como la segunda causa de incapacidad a nivel mundial y para 2030 como la primera; y el trastorno bipolar se encuentra dentro de las 6 causas de incapacidad mundial (OMS, 2018). Uno de los aspectos que señala la WFMH (2012), es que múltiples estudios han demostrado que la jubilación precoz explicaba el 47% del costo de la depresión, la licencia por enfermedad un 32% adicional, comparado con solo un 3% de costo de fármacos para el tratamiento de la enfermedad. Así también, se destaca como la depresión impacta en el rendimiento laboral ya que muchas veces se pasan por alto síntomas depresivos tales como falta de atención, pérdida de memoria, y dificultades para la planificación y toma de decisiones. Este reporte tiene mayor relevancia si se consideran cifras recientes de la OMS (2018), que en el informe de salud, refiere que en el 2014 la depresión ocupó el primer lugar dentro de las enfermedades con mayores índices de incapacidad laboral, lo cual muestra el aceleramiento que hubo en términos de la proyección que se había estimado años atrás (OMS, 2018).

En este mismo sentido, autores como Dooley, Catalano, y Wilson (1994), Clark y Oswald (1994), Lewis y Sloggett (1998), Agerbo (2005) y Papalia, Wendkos y Duskin

(2010), postulan que situaciones como el desempleo y las consecuencias de este como las deudas, los problemas financieros y las distorsiones familiares, precipitan la aparición de la Depresión y el Suicidio.

Con respecto a lo anterior, la depresión suele estar directamente relacionada con otros fenómenos igualmente alarmantes como el suicidio, el cual ha incrementado sus índices de manera significativa en años recientes. Según la WFMH (2012) los casos severos de Depresión suelen terminar con intentos de suicidio o bien en suicidio consumado (Proudfoot, Doran, Manicavasagar y Parker, 2011). Esta situación se traduce en que a nivel mundial cada día se pierden cerca de 800.000 mil vidas al año equivalentes a 1 muerte cada 40 segundos (OMS, 2016). Además, la depresión se asocia con la aparición del riesgo suicida en cada uno de sus niveles, y corresponde a un factor determinante para la precipitación y aparición de cuadros médicos (OMS, 2018).

A nivel nacional, la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia de 2015 (Ministerio de Salud y Prosperidad Social, 2015) reporta que la prevalencia de vida de los trastornos mentales en el país es de 9,1%, en hombres la prevalencia es de 8,2% y en mujeres es de 10,1%. Se estima que en los últimos 12 meses previos a la encuesta la prevalencia en Colombia de los trastornos afectivos y la ansiedad son similares (2,1% y 2,4%); en las mujeres mayores la prevalencia es mayor que en los varones, el trastorno más prevalente es la Depresión mayor (1,6%). Situación actual del país reportado por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) evidencia que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015 (MINSALUD, 2017).

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF] (2018) en Colombia se registraron entre el 2009 y el 2018, un total de 20.832 suicidios, representados en una tasa de 4.5 por cada 100.000 habitantes para el año 2018, el suicidio acontece en un significativo porcentaje de la población joven (43,36 %), personas entre 20 a 39 años de edad, en su mayoría son hombres (82,34 %). Los departamentos que presentaron el mayor número de casos fueron: Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander y Atlántico; y las ciudades que puntúan con el mayor número de casos de suicidio son: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (INMLCF, 2018). En el departamento del Atlántico, específicamente se registraron 75 casos que representan el 3.38% a nivel nacional; en la ciudad de Barranquilla se presentaron 46 casos que corresponden al 4.13% del promedio departamental. En los últimos años evidenciamos que las cifras de esta problemática van en aumento en la población, siendo objetivo de la salud pública, a pesar de ello los estudios de prevalencia requieren revisar nuevamente cifras para corroborar el estado de la salud mental frente la pandemia actual y sus posibles efectos poscuarentena.

Por otro lado, respecto a la evaluación de los trastornos depresivos se encontró que existe una variable conocida como la brecha terapéutica que corresponde a la probabilidad de evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos y están asociadas al sistema de salud y al nivel socioeconómico de los individuos, en algunas investigaciones (Guerra, et al. 2009) obtuvo como resultado que solo el 14% de los pacientes con depresión buscan tratamiento, así mismo otros nunca reciben diagnóstico y en muchos países existen pocos profesionales con entrenamiento para llevar a cabo un proceso de intervención efectivo (WFMH, 2012). En general, más de la mitad de afectados por depresión (alrededor del 90% en cada país) no reciben el tratamiento eficaz consecuencia de la falta de recursos y

del personal médico capacitado para atenderlos. Sumado a esto la evaluación clínica es inexacta y existe una tendencia a la estigmatización frente a los trastornos mentales lo cual hace que el paciente no se adhiera al tratamiento (OMS, 2016). Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. Estos aspectos llevan a la priorización del acceso equitativo a mejores pruebas científicas, el desarrollo de servicios de salud mental que requieren protocolos y prácticas basadas en evidencias, a pesar de los avances de algunas investigaciones (Rey y Guerrero-Rodríguez, 2011; Pieschacon, 2017; Avendaño-Prieto, Toro-Tobar, Vargas-Espinosa y Villalba-Garzón, 2018) los vacíos ante la evaluación y prevención de la depresión continúan sin resolver en términos de lo metodológico y teórico.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, la situación actual de esta problemática hace evidente la necesidad de diseñar un protocolo de evaluación psicológica para pacientes con trastornos depresivos, enmarcado en diferentes escenarios identificables en el ámbito nacional. Mediante el diseño e implementación de protocolos de medición que permitan la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de forma eficaz, basados en un grupo de baterías válidas y confiables de acuerdo con el contexto socio cultural y características etarias. En el presente estudio se aplicó el protocolo de evaluación en pacientes con depresión y población no clínica, conforme a lo establecido por Rendón-Macías y Villasís-Keever (2017) en el que se refieren a la comparación de grupos diferentes (hipótesis alterna); este tipo de hipótesis tiene alto significado y relevancia al realizar el análisis estadístico y por ende en la interpretación de resultados. Debido a las

características de la población clínica se hizo énfasis en la implementación de este solo a nivel del departamento del Atlántico.

2.1. Pregunta problema

¿Cuál es la validez y confiabilidad del Protocolo preliminar de Evaluación de Trastornos Depresivos (PETD) para la detección funcional de la sintomatología en adultos?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la confiabilidad y validez del Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD) en adultos.

3.2. Objetivos específicos

- Establecer los indicadores psicométricos de la Batería de Pruebas mediante la evaluación dimensional del constructo y variables de referencias.
- Determinar la validez del Protocolo de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD).
- Determinar la confiabilidad del Protocolo de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD), a partir de los análisis de concordancia.

4. Hipótesis

Hi: El protocolo preliminar de evaluación funcional de los Trastornos Depresivos posee indicadores de confiabilidad y validez satisfactorios en población adulta.

Ho: El protocolo preliminar de evaluación funcional de los Trastornos Depresivos NO posee indicadores de confiabilidad y validez satisfactorios en población adulta.

4.1 Hipótesis específicas

Hi1.1. Las medidas del componente afectivo emocional cuentan con reportes psicométricos óptimos.

Ho1.1. Las medidas del componente afectivo emocional NO cuentan con reportes psicométricos óptimos.

Hi1.2. Las medidas del componente del constructo central cuentan con reportes psicométricos óptimos.

Ho1.2. Las medidas del componente del constructo central cuentan NO con reportes psicométricos óptimos.

Hi1.3. Las medidas del componente del patrón cognitivo cuentan con reportes psicométricos óptimos

Ho1.3. Las medidas del componente del patrón cognitivo NO cuentan con reportes psicométricos óptimos

Hi1.3. Las medidas del componente del patrón conductual cuentan con reportes psicométricos óptimos

Ho1.3. Las medidas del componente del patrón conductual NO cuentan con reportes psicométricos óptimos

Hi. 2. Los componentes del PETD cuentan con evidencia satisfactoria de validez.

Ho. 2. Los componentes del PETD NO cuentan con evidencia satisfactoria de validez.

Hi. 3. La medida del Protocolo de evaluación de Trastornos depresivos (PETD) es confiable.

Ho. 3. La medida del del Protocolo de evaluación de Trastornos depresivos (PETD) NO es confiable.

5. Metodología

Para el desarrollo de la presente investigación se dispuso las directrices metodológicas que orientan la captura de la información, el análisis de los datos y en esencia la ejecución del estudio. En este sentido se dispone a continuación, el diseño de la investigación, la definición de las variables, las características de la muestra y su respectivo muestreo, así como la naturaleza de las técnicas e instrumentos que se emplearon en procura de la construcción de los objetivos del estudio.

5.1. Tipo de investigación

La presente investigación se encuentra enmarcada en el paradigma Empírico-Analítico, el cual surge de las ciencias naturales y se extrapola a las ciencias sociales; se reconoce como único conocimiento válido aquel que sea factico, medible, observable y comprobable, por lo que su medio para estudiar la realidad siempre apunta a la construcción de leyes naturales y a la predicción. En este sentido, el objeto de esta investigación es de tipo cuantitativo, debido a que se apoya en la estadística, que es una manera de cuantificar, verificar y medir de manera exacta y científica un todo. Estos elementos se ven reflejados en la investigación propuesta, dado que el propósito de esta es conocer indicadores psicométricos del protocolo PETD. Según su finalidad es un estudio de tipo instrumental cuyo objetivo, es el desarrollo de pruebas y aparatos, incluyendo tanto el diseño (o adaptación) como el estudio de las propiedades psicométricas de los mismos (Montero & León, 2007).

Asimismo, este estudio maneja un abordaje teórico de corte Analítico-sintético mediante el cual se descompone un objeto, fenómeno o proceso en los principales elementos que lo componen para analizar, valorar y conocer sus particularidades, y

simultáneamente, a través de la síntesis, los elementos valiosos se integran vistos en su interrelación como un todo (Zayas, 2003).

De igual manera, la recolección de los datos se realizará en un solo momento, en un tiempo único, lo cual define a este estudio como una investigación transaccional con nivel de alcance investigativo Analítico (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). El método de procesamiento de datos respondió a un modelo Analítico-sintético, en línea con el abordaje.

5.2. Variables de estudio

La variable central de medición comprende el constructo hipotético denominado trastornos Depresivos, ya que son estos los que constituye el objeto de medición del Protocolo para medir Trastornos Depresivos (PETD) en adultos.

Tabla 2

Definición de la variable Depresión

| Variable | | Indicadores |
|-------------------------|--|--|
| Trastornos afectivos | Sistema afectivo (Beck, Steer & Brown, 1996) | <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos mórbidos de inutilidad o culpa. • Estado de ánimo triste. • Irritabilidad crónica no episódica (APA, 2014; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989) |
| | Sistema cognitivo (Beck, Steer & Brown, 1996) | <ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para concentrarse • Dificultades en los procesos atencionales y/o mnémicos. • Lentitud en la adquisición de nuevos conocimientos. • Cogniciones negativas relativas a la desesperanza, la impotencia y el autodesprecio. • Pensamientos de muerte o Ideación suicida recurrente con o sin un plan específico tentativo. (APA, 2014; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989) |
| | Sistema motivacional (Beck, Steer & Brown, 1996) | <ul style="list-style-type: none"> • Anhedonia: incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. • Dificultades para responder efectivamente a las relaciones sociales. • Peso corporal discordante con lo normativo sin explicación medica aparente. • Alteración persistente en el patrón de sueño: hipersomnia. • Fatiga: perdida persistente de energía. (APA, 2014; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989) |
| | Sistema conductual (Beck, Steer & Brown, 1996) | <ul style="list-style-type: none"> • Conducta suicida. • Aislamiento. • Agresividad contra objetos, si mismo y los demás. |

- Accesos de cólera que no concuerdan con la edad del desarrollo evolutivo.
(APA, 2014; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989)
- Que los síntomas cognitivos, motivacionales, conductuales y afectivos provoquen malestar clínicamente significativo; deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Responden al tiempo durante el cual han persistido los síntomas.
(APA, 2014; Kovacs, Gatsonis, Paulauskas, & Richards, 1989)

Tabla 3
Operacionalización de la variable Depresión

| Variable | | Índices | |
|----------------------|-----------|--|--|
| | | Prueba | Sistema |
| Trastornos afectivos | Depresión | Sistema afectivo (Beck, Steer & Brown, 1996) | Sub escala de Depresión EMTA-II (Factor 8) $\leq 5,72$ |
| | | Sistema cognitivo (Beck, Steer & Brown, 1996) | Subescala de Estilos cognitivos EMTA-II (Factor 1, 2 y 3) $\leq 16,9$ $\leq 15,9$ $\leq 11,2$ |
| | | Sistema motivacional (Beck, Steer & Brown, 1996) | Sub escala de Depresión EMTA-II (Factor 3) $\leq 8,76$ |
| | | Sistema conductual (Beck, Steer & Brown, 1996) | Sub escala de Depresión EMTA-II (Factor 5) $\leq 7,24$ |
| | | Cronicidad e impacto | ENTRADEP Respuestas dicotómicas (si y no) |

5.3. Participantes

5.3.1. Selección de Muestra.

Los participantes fueron seleccionados mediante un diseño muestral intencional, que implica por conveniencia el investigador puede seleccionar una muestra con la que se facilite la recolección de información. (Gallardo- De Parada y Moreno-Garzón 1999).

La muestra de este proyecto se descompone en diferentes submuestras en función de los objetivos a cumplir. La primera de ella estaba constituida por entre 5 y 10 expertos en psicometría, psicología clínica y/o trastornos afectivos quienes efectuaran la validación cualitativa de los diferentes componentes del protocolo, garantizando que realmente este concuerde con las características dimensionales y categóricas el constructo a medir, y el contenido de estos no impacte negativamente en el malestar de las participantes.

Hay que considerar que Lynn (1986) sugiere un mínimo de 3 jueces, aunque esta cifra no está consensuada (Gable y Wolf, 1993) y va a depender de los intereses del investigador y de la complejidad de los constructos a evaluar. Según Merino y Livia (2009) a medida que el tamaño muestral se incrementa, la precisión de la estimación del coeficiente V será mejor.

La segunda muestra estuvo constituida por aproximadamente 104 adultos entre los 18 y 65 años (52 adultos con diagnóstico de trastornos afectivos y 52 adultos sin diagnóstico de trastornos afectivos), los cuales fueron divididos en dos subgrupos tal y como se evidencia en las tablas 4, 5 y 6.

Tabla 4*Descripción específica de la muestra*

| Aspectos | Muestra 1 (Jueces) | Muestra 2 | |
|------------------------------------|---|---|---|
| | | Muestra no clínica | Muestra clínica |
| Muestra | No probabilísticos, intencional. | Aleatorio estratificado de afijación simple. • Edad: Adultos entre 18 y 65 años. | No probabilísticos por criterios de expertos. • Edad: Adultos entre 18 y 65 años. |
| Criterios de inclusión y exclusión | Experticia en: • Experticia en psicometría, medición aplicada, psicología clínica y trastornos del estado de ánimo. • Título de maestría o doctorado en áreas afines. | • Nacionalidad: Colombiana. • Ausencia de diagnóstico de Trastornos del estado de ánimo (Según DSM V) • Capacidad para seguir instrucciones | • Nacionalidad: Colombiana. • Diagnosticadas con Trastornos del estado de ánimo (Según DSM V) • Ausencia de sintomatología aguda • Capacidad para seguir instrucciones |

Tabla 5*Muestra clínica*

| Característica | Frecuencia % |
|----------------------|--------------|
| Sexo | |
| Masculino | 28,8% |
| Femenino | 71,2% |
| Orientación sexual | |
| Heterosexual | 76,9% |
| Homosexual | 13,5% |
| Bisexual | 9,6% |
| Estado civil | |
| Soltero(a) | 61,5% |
| Separado(a) | 13,5% |
| Casado(a) | 11,5% |
| Unión libre | 11,5% |
| Viudo(a) | 1,9% |
| Edad (18-65 años) | |
| 20 | 11,5% |
| 21 | 9,6% |
| 23 | 9,6% |
| 24 | 7,7% |
| Ciudad de residencia | |

| | |
|---------------------|--------|
| Barranquilla | 69,2% |
| Soledad | 13,5% |
| Malambo | 3,8% |
| Usiacurí | 3,8% |
| Nivel educativo | |
| Bachillerato | 53,85% |
| Técnico | 19,23% |
| Tecnólogo | 1,92% |
| Ocupación actual | |
| Estudiante | 38,46% |
| Empleado | 19,23% |
| Estudiante-Empleado | 13,46% |
| Desempleado | 3,85% |

Tabla 6
Muestra no clínica

| Característica | % |
|----------------------|-------|
| Sexo | |
| Masculino | 53,8% |
| Femenino | 46,2% |
| Orientación sexual | |
| Heterosexual | 84,6% |
| Homosexual | 11,5% |
| Bisexual | 3,8% |
| Estado civil | |
| Soltero(a) | 78,8% |
| Casado(a) | 17,3% |
| Unión libre | 1,9% |
| Divorciado(a) | 1,9% |
| Edad (18-65 años) | |
| 20 | 13,5% |
| 21 | 21,2% |
| 23 | 13,5% |
| 22 | 11,5% |
| Ciudad de residencia | |
| Barranquilla | 86,5% |
| Soledad | 3,8% |
| Sabanagrande | 1,9% |
| Malambo | 1,9% |
| Usiacurí | 1,9% |
| Nivel educativo | |
| Bachillerato | 63,5% |
| Tecnólogo | 11,5% |
| Técnico | 7,7% |
| Pregrado | 9,6% |

| | |
|---------------------|-------|
| Posgrados | 7,7% |
| Ocupación actual | |
| Estudiante | 55,8% |
| Empleado | 13,5% |
| Estudiante-Empleado | 17,3% |
| Independiente | 9,6% |

5.4. Técnicas e Instrumentos.

Se utilizaron las técnicas e instrumentos que se consideraron pertinentes para llevar a cabo el proceso de investigación, teniendo en cuenta la problemática que manifiesta el paciente. Sin embargo, para efectos de los objetivos planteados en esta investigación se ilustran a detalle los instrumentos y técnicas que permitieron identificar las problemáticas de dicho paciente, debido a la competencia del presente estudio.

De acuerdo con los objetivos propuestos en el presente estudio, la fuente principal de recolección de la información y los datos son:

ENTRADEP para la evaluación de los Trastornos Depresivos. Es una entrevista heteroapliacada por un evaluador clínico, consta de 4 fases (compuesta por un total de 119 ítems) (García-Montaña y Serrano, 2018):

- Fase 1: Valoración ecológica del evaluado (Entrevista de perfilación inicial y determinantes psicosociales).
- Fase 2: Evaluación inicial (Diagnóstico formal y diferencial).
- Fase 3: Evaluación cognitivo conductual (Entrevista de perfilación final Y factores protectores).
- Fase 4: Evaluación de la cronicidad del malestar (Impacto en las áreas de ajuste) (Ver anexo 3)

Mini international neuropsychiatric interview (MINI). Es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve, que puede ser administrada en un tiempo corto por clínicos que han sido entrenados brevemente; entrevistadores no clínicos requieren de un entrenamiento un poco más intenso. Se estima que esta prueba tiene una alta confiabilidad y validez. (Ferrando, Bobes, Gibert, & Soto, 2000) (Ver anexo 3).

Escala de Zung para Ansiedad (Versión validada en Colombia). Esta es una escala autoaplicada de 20 ítems con una medición tipo Likert de 4 opciones de respuesta sobre frecuencia de síntomas. Estas opciones son: Nunca, Algunas veces, Muchas veces y Casi siempre. Se califica del 1 al 4 según el tipo de pregunta (enunciado positivo o negativo), luego se suma cada puntaje la escala va de 25 a 100 y se califican de acuerdo con las siguientes categorías: Sin Ansiedad: 25 a 44 Puntos, Ansiedad Leve: 45 a 64 Puntos, Ansiedad Moderada: 65 a 74 puntos y Ansiedad Severa: 75 a 100 puntos. Estos puntos de corte son indicadores de riesgo de padecer un trastorno de ansiedad, es decir entre más alto sea el nivel mayor es la probabilidad de tener el trastorno, su Alfa de Cronbach fue de 0.85; es decir adecuado (Bohórquez, 2007) (Ver anexo 3).

Tabla 7

Factores de escala de Zung

| Factores | Ítems |
|-----------|----------------|
| Afectivos | 1, 2, 3, 4 y 5 |
| Somáticos | 6 al 20 |

Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos EMTA –II (García-Roncallo & Serrano, 2018). La escala multidimensional de trastornos afectivos (EMTA-II) se encuentra constituida por tres sub-escalas autoaplicadas, que evalúan la aparición, intensidad y cronicidad de síntomas objetivos involucrados en los trastornos del estado de ánimo: la

primera de ellas apunta a la evaluación de síntomas depresivos (ítems 1-51), la segunda de ellas busca evaluar a su vez síntomas de corte maníaco (ítems 52-80) y la tercera estilos cognitivos unipolares y bipolares (ítems 81-114). (Ver Anexo 4). El alfa de cronbach de la Subescala de Depresión es de .90 y de manía .86, en su versión inicial EMTA, ambas puntuaciones adecuadas.

Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M). La Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) fue validada en Colombia por Londoño, Henao, Puerta, Posada, Arango y Aguirre (2005) del Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Contiene 12 componentes y 69 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6 desde “Nunca”, hasta “Siempre”. Tiene un alfa de Cronbach de la prueba definitiva de 0.847, lo que la ubica en adecuada. Cuenta con 12 factores (1. solución de problemas; 2. Búsqueda; de apoyo social; 3. Espere; 4. Religión; 5. Evitación emocional; 6. Búsqueda de apoyo profesional; 7. Reacción agresiva; 8. Evitación cognitiva; 9. Reevaluación positiva; 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento; 11. Negación y 12. Autonomía).

Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L (Londoño et al., 2012). Esta es una versión corta de la escala autoaplicada de Young, que consta de 75 ítems. Los resultados de los análisis factoriales confirmatorios corroboraron la estructura original de 15 de factores de primer orden, coincidentes con los 15 esquemas teóricos (1. privación emocional, 2. abandono, 3. desconfianza/maltrato, 4. defectuosidad, 5. aislamiento social, 6. fracaso, 7. dependencia, 8. vulnerabilidad, 9. apego, 10. subyugación, 11. autosacrificio, 12. inhibición emocional, 13. estándares inflexibles, 14. grandiosidad y 15. autocontrol insuficiente). En cambio, los resultados para la estructura de segundo orden fueron menos concluyentes, ya que tanto la estructura de tres factores de segundo orden como la de cinco factores

mostraron índices de ajuste similares. Los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre 0.74 y 0.89, lo que indica una puntuación adecuada. Los hombres puntuaron más alto que las mujeres en numerosos esquemas inadaptados.

5.5. Análisis estadístico de los datos

Los procedimientos que se describen a continuación se efectuaron con el paquete estadístico SPSS, versión 22 y R versión 3.5.3.

En primer lugar, está validez reporta que el contenido del protocolo responde a la estructura teórica de la variable a partir del análisis de los 9 jueces expertos clínicos; a través de V de Aiken se reportó que los intervalos de confianza de los valores son significativos. Se realizó el análisis del contenido del protocolo (PETD) mediante la evaluación de los criterios: Claridad, Precisión, Relevancia y Suficiencia (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008; Angleitner, John, & Löhr, 1986).

En segundo lugar, los reportes psicométricos de las pruebas se calcularon los análisis de la consistencia interna de la escala mediante la aproximación de la validación del constructo y consiste en la cuantificación de la correlación que existe entre los ítems que la componen. Los valores de alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna adecuada. Por otro lado, el análisis factorial confirmatorio (AFC) con estimaciones de máxima verosimilitud. Según, Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) en un AFC el investigador habría planteado una serie de hipótesis bien especificadas que pondría a prueba evaluando el ajuste de un modelo. Estas hipótesis serían de tres tipos: (a) número de factores, (b) patrón de relaciones entre las variables y los factores, y (c) relaciones entre los factores. Las medidas utilizadas habitualmente en psicología: tests y sobre todo ítems, contienen intrínsecamente mucho error de medida. Habrá que aceptar pues que las comunalidades serán generalmente bajas (esto aplica para nuestra muestra) y, por tanto, se deberá actuar principalmente sobre los puntos (a) y (b). Con respecto al punto (b), la idea de determinación de un factor refiere al número de variables que tienen pesos elevados en dichos factores.

Dentro de los estadísticos utilizados, encontramos el *chi-cuadrado* que permite contrastar la hipótesis nula de que todos los errores del modelo son nulos, por lo que interesa mantener dicha hipótesis con la muestra utilizada. Sin embargo, es muy sensible al tamaño muestral (mayores de 100 o 200 casos) es relativamente fácil rechazar la hipótesis nula cuando el modelo de hecho consigue un buen ajuste. Por este motivo, además de valorar su significación estadística, suele compararse con sus grados de libertad. Es sabido que los estadísticos de bondad de ajuste se deterioran rápidamente con el aumento del tamaño muestral y muchos investigadores informan de muestras pequeñas para no deteriorar los valores de ajuste (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010). Por este motivo en este estudio y debido también a las características la muestra fue de 104 sujetos (Streiner, 1994, Joreskog y Sorbom, 1989).

Seguidamente, el índice RMSEA (Steiger y Lind, 1980), estima el error de aproximación del modelo propuesto. Específicamente, se estima la discrepancia que habría entre la matriz de correlación poblacional y la matriz reproducida por el modelo propuesto, también en la población. El RMSEA es un índice relativo a los grados de libertad (complejidad) del modelo y, por tanto, puede penalizar a los modelos menos parsimoniosos (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

En estos análisis debemos tener claridad de los conceptos de covariaciones y causalidad. Por un lado, las covariaciones significativas nos permiten contrastar la hipótesis nula de que todos los errores del modelo son nulos, por lo que interesa mantener dicha hipótesis con la muestra utilizada. En cuanto a la causalidad, hace referencia a la existencia de una relación causal entre las variables debe venir sustentada por la articulación teórica del modelo y no por su estimación con datos de tipo transversal (Ruiz, Pardo y San Martín, 2010).

Finalmente, se calcularon coeficientes de concordancia y kappa para la evaluación de la confiabilidad interevaluador y examen-reexamen, la comparación entre el diagnóstico del PETD con el de remisión y se calcularon los respectivos intervalos de confianza. Se consideró la concordancia como excelente si el kappa era mayor de 0,75; aceptable a buena con valores entre 0,4 y 0,74, y pobre cuando era menor de 0,4 (Abramson y Abramson, 2004).

5.6. Procedimiento

Fase I. EMTA-II

Identificación del nivel de congruencia semántico-sintáctico. Se realizó la revisión de la EMTA a la luz del modelo cognitivo-conductual y de los criterios diagnósticos consignados en el DSM-V y la CIE-10. Como producto del anterior ejercicio se obtendrá una matriz de congruencia categorial y la tabla de especificaciones preliminar (Versión 1). Lo que permite el establecimiento de la consistencia entre el banco de ítems, la experiencia de los pacientes y la de profesionales del área clínica.

Para la consecución de la segunda fase se efectuó entrevistas semi-estructuradas tanto a pacientes (Muestra 1) como a psicólogos clínicos y psiquiatras (Muestra 2). Los datos obtenidos se procesaron mediante la técnica de Análisis Comparativo Constante (Glaser y Strauss, 1967) que consiste en identificar, a partir de lo expresado por pacientes y profesionales, significados, conceptualizaciones e ilustraciones que se convertirán en las categorías emergentes sometidas posteriormente a una codificación abierta, luego de identificadas las categorías se agrupan formando temas o patrones que pueden ser relacionados o diferenciados entre sí. La información resultante sirvió como insumo para la elaboración de:

- Matriz de análisis de experiencias (Pacientes y Profesionales)

- Mapa de resultados

Adicionalmente con la muestra de clínicos expertos se evaluará la pertinencia de cada una de las dimensiones e indicadores de la tabla de especificaciones, mediante el formato de evaluación antes descrito. Esto permitirá la consolidación de la versión 2 de la tabla de especificaciones, que acoja los ajustes derivados del juicio de los expertos, las recomendaciones de la matriz de congruencia categorial y la matriz de análisis de experiencia. Finalmente, acorde a la nueva versión de la Tabla de Especificaciones se elaborará el banco preliminar de ítems.

- Estimación del criterio de los jueces expertos en cuanto al banco de ítems.

Los jueces expertos valoran cada ítem del banco preliminar tomando como referencia los siguientes criterios: coherencia, claridad, precisión, relevancia y suficiencia. La estimación del acuerdo inter-juez se efectuará mediante el coeficiente V de Aiken (Aiken, 1980; 1985), cuyos hallazgos se constituirán en la evaluación cuantitativa del banco de ítems, permitiendo la construcción de una matriz con los cambios realizados a los mismos.

- Formulación de la versión EMTA-II β . Con los resultados obtenidos en las fases anteriores se elaborará la versión final tanto del instrumento como de su respectiva tabla especificaciones.

Fase II.

Estudio piloto de los instrumentos muestra quienes juzgarán la comprensión de estos. A cada participante se le entregará un cuadernillo con los instrumentos. Todos los participantes serán informados mediante las mismas instrucciones, el carácter voluntario y anónimo de la participación en el consentimiento informado que se entregará antes de la

aplicación de la batería. El tiempo medio esperado de la participación será de 45 minutos por cada sesión.

Fase III.

Validación de la estructura funcional del protocolo, para ello se envió la tabla de especificaciones del protocolo y todos sus componentes a la segunda muestra de expertos, junto con el formato de evaluación que presentó las valoraciones en cuanto la coherencia, pertinencia y suficiencia de cada componente.

Luego de registrada la valoración cualitativa de los jueces se procedió a la realización de los correctivos y modificaciones sugeridas por los mismos, con ello se obtendrá la versión final del protocolo y se procedió a la realización de las dos medidas requeridas: administración en la muestra clínica y administración de la muestra requerida (52 clínicos y 52 no clínicos, la aplicación duras 45 minutos de 4 a 5 sesiones). Cabe resaltar que tal como se provee en etapas anteriores todos los participantes serán informados en el consentimiento informado entregado antes de la aplicación, del carácter voluntario y anónimo de la participación, y de su derecho a retirarse del estudio y pedir retroalimentación de los resultados de la investigación, así como de que su participación no representará ningún beneficio económico para ellos o los terapeutas involucrados. La administración de los instrumentos se realizó por las personas del equipo de investigación debidamente calificadas para ello.

Fase IV.

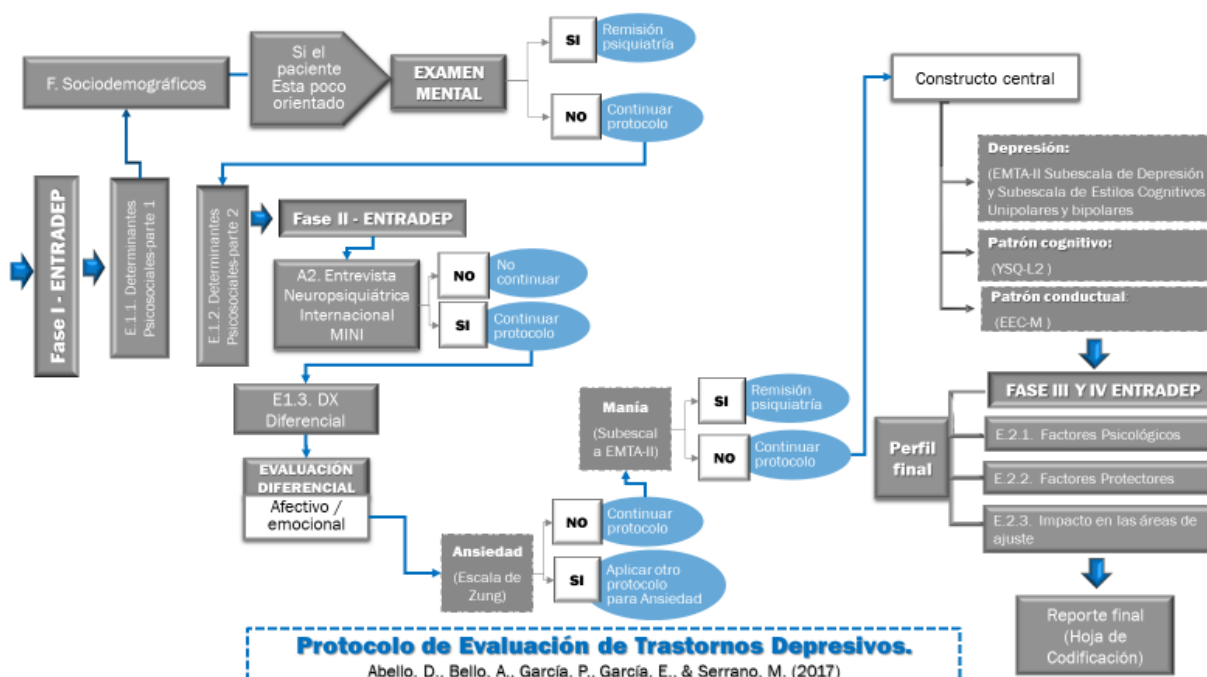
Se registrará la información recolectada y se procedió al análisis de los datos, la estructuración de los resultados y la construcción de los informes y/o publicaciones que resulten pertinentes, en el marco de los acuerdos de propiedad intelectual que tengan lugar.

5.7. Estructura del protocolo preliminar PETD

Tabla 8
Protocolo PETD

| Fase | Actividad/Procedimiento | Instrumento |
|------|---|---|
| 0 | Encuadre | N.A. |
| 1 | Recopilación información inicial | <ul style="list-style-type: none"> • Subescala Estilos cognitivos Entrevista Inicial-ENTRADEP • Escala de Ansiedad de Zung • Subescala de Manía EMTA-II |
| 2 | Detección de síntomas y signos de Trastornos Depresivos | Subescala de Depresión EMTA-II |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de patrón conductual • Solución de Problemas | Escala Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del Perfil Cognitivo • Subescala Estilos cognitivos | Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L |
| 5 | Cierre del protocolo | Formato de reporte Final |

Figura 1.



6. Resultados

Este capítulo presenta los resultados de la investigación en función de los métodos seguidos para alcanzar los objetivos de la actividad científica y así poder responder la pregunta problema. Se expone primero el objetivo de los reportes psicométricos, para luego dar paso a los resultados de la validez de contenido y criterio, con el propósito de evidenciar la confiabilidad del PETD en su versión preliminar mediante los análisis de concordancia.

6.1. Indicadores psicométricos de la Batería de Pruebas que soportan la evaluación dimensional del constructo y variables de referencias

Entre las escalas aplicables a la validación se encuentran: Escala multidimensional de los Trastornos Afectivos (EMTA II, en las Sub-Escalas de Manía-Hipomanía, Depresión y Estilos Cognitivos Unipolares y Bipolares) (García-Roncallo y Serrano, 2018); Cuestionario de esquemas de Young (YSQ-L, validación colombiana) (Londoño et al., 2012); Escala de ansiedad de Zung (Bohórquez, 2007); y la Escala de Estrategias de Coping (EEC-M) (Londoño et al., 2006). Estas se analizaron tomando como referencia una muestra clínica y otra no clínica ambas de 52 sujetos y una general de 104 (muestra clínica + muestra no clínica).

Reportes psicométricos de las medidas del componente afectivo emocional

En la EMTA II en la Sub-Escala de Manía, según García y Serrano (2017) se tienen 46 ítems agrupados en 10 Factores (F1. Desregularización emocional; F2. Afecciones de las funciones ejecutivas 1 (Alteraciones procesuales); F3. Agitación psicomotora; F4. Afecciones de las funciones ejecutivas 2 (Déficits atencionales y de inhibición de estímulos); F5. Alteraciones en la fluidez verbal; F6. Alteraciones del estado de ánimo 1; F7. Excesiva implicación en actividades; F8. Alteraciones de la sexualidad; F9. Modo

suicida y F10. Alteraciones psicosomáticas 1 y 2). Para el presente trabajo, se trabajó con 45 ítems e igual número de factores debido a evidentes consideraciones semánticas del ítem #32 (Ha sido una persona muy entusiasta en mi contacto con desconocidos). Con esta estructura factorial, al aplicar un análisis factorial confirmatorio (AFC) con estimaciones de máxima verosimilitud, se tiene un modelo para la muestra general y otro para la muestra clínica. El modelo de la muestra general converge a 157 iteraciones, 104 observaciones y con la mayoría de las relaciones de causalidad estadísticamente significativas exceptuando la relación entre el Factor 9 (Modo sexual) y el ítem #23 (He realizado mis actividades cotidianas de forma muy acelerada). Asimismo, casi todas las relaciones de covariación son significativas excepto las del Factor 8 (Alteraciones de la sexualidad) con los Factores 2 (Afecciones de las funciones ejecutivas 1) y 9 (Modo sexual). En adición a lo anterior, el modelo para la muestra clínica converge a 189 interacciones, 52 observaciones y casi todas las causalidades son significativas a excepción del Factor 4 (Afecciones de las funciones ejecutivas 2) con el ítem #21, el Factor 7 con todos sus ítems (18, 19, 20 y 30) y el Factor 9 (Modo sexual) con el ítem #23 (He realizado mis actividades cotidianas de forma muy acelerada) (Ver Anexo 4).

En las Covariaciones, se observó que el Factor 1 tiene Covariaciones significativas con los Factores 4, 5, 6 y 9. De igual forma, el Factor 10 con los Factores 4, 5 y 9. También el Factor 3 con el 6 y el factor 8 con el 9. Con lo anterior, se tiene que de las 45 relaciones de covariación totales, solo se encuentran 9 significativas, es decir, el 20%. (Ver anexo 4).

En cuanto a las estadísticas de ajustes de los modelos para muestra general y clínica. Cabe resaltar que el modelo para muestra no clínica no converge computacionalmente en la Tabla 9.

Tabla 9

Subescala de Manía EMTA-II: Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|--------------------|--------------|-----|----------------------|-------|-------|
| Muestra general | 1564.17 | 814 | 0.094 (0.087, 0.101) | 0.733 | 0.704 |
| Muestra Clínica | 1554.53 | 814 | 0.132 (0.122, 0.142) | 0.447 | 0.387 |
| Muestra No-Clínica | - | - | - | - | - |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

En cuanto a la escala manía en el presente estudio el alfa de Cronbach reportó .94 para muestra no clínica y .90 para pacientes clínicos contando con reportes psicométricos adecuados.

Seguidamente, la escala de Zung, se tiene 20 ítems agrupados en dos factores, el AFC para la muestra general, converge a 47 iteraciones. Las únicas causalidades no significativas son el ítem 12 y el 18 con el factor 2. En la tabla siguiente, las estadísticas de ajuste del modelo Tabla 10.

Tabla 10

Escala de Zung: Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|--------------------|--------------|-----|----------------------|-------|-------|
| Muestra general | 384.31 | 169 | 0.111 (0.096, 0.125) | 0.671 | 0.630 |
| Muestra Clínica | - | - | - | - | - |
| Muestra No-Clínica | - | - | - | - | - |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

El alfa de Cronbach reportó en el presente estudio en la población clínica .80 y no clínica .62. dando reportes psicométricos aceptables para ambas muestras.

Partiendo de lo anterior, permite corroborar la hipótesis de la medida del componente *afectivo emocional* se utilizaron la sub de manía de EMTA-II y escala de ansiedad de Zung.

Reportes psicométricos de las medidas del constructo central

En la Subescala de depresión, se tiene una estructura factorial de 8 factores (F1. Invarianza de sucesos negativos y autoreferencia negativa derivada; F2. Modo suicida; F3. Baja de reactividad y deficiencias en el autorefuerzo; F4. Decremento de la flexibilidad cognitiva; F5. Decremento de la actividad psicomotora; F6. Alteraciones psicosomáticas; F7. Dificultades en las funciones ejecutivas; F8. Manifestaciones de tristeza), agrupados en 42 ítems (García-Roncillo y Serrano, 2018). El AFC para la muestra general, converge a 148 iteraciones con todas las relaciones de causalidad y covariación estadísticamente significativas. De igual manera, para la muestra clínica, el AFC converge a 182 iteraciones, con la mayor parte de las relaciones de causalidad con significancia a excepción del Factor 6 (alteraciones psicosomáticas) con los ítems 36, 37 y 38. También, se pudo observar que en las relaciones de covariación se tiene un gran número de relaciones significativas. Sin embargo, entre el Factor 6 (Alteraciones psicosomáticas) y los demás Factores no hay significancia (Ver anexo 4). En la siguiente tabla 11, se pueden observar las estadísticas de ajuste para los modelos para la muestra general y clínica. En la muestra no clínica, la matriz de varianzas-covarianzas muestral no es positiva definida, por lo tanto, computacionalmente se calcularon las estimaciones.

Tabla 11*Sub escala de depresión EMTA-II: Índices de ajuste de los tres modelos probados*

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|--------------------|--------------|-----|----------------------|-------|-------|
| Muestra general | 1709.13 | 791 | 0.106 (0.099, 0.113) | 0.796 | 0.777 |
| Muestra Clínica | 1489.31 | 791 | 0.130 (0.120, 0.140) | 0.624 | 0.591 |
| Muestra No-Clínica | - | - | - | - | - |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

La subescala de depresión en la aplicación del protocolo reportó un alfa de Cronbach .95 dando reportes psicométricos adecuados, corroborando la hipótesis de la medición del constructo central del PETD.

Reportes psicométricos de las medidas del patrón cognitivo

Para este patrón se utiliza en primera medida, la a Sub-escala de estilos cognitivos unipolares y bipolares, se inicia teniendo como base la estructura factorial de 7 factores (F1 Estilos Atribucionales Desadaptativos; F2. Visión negativa del yo (endógena) y el futuro; F3. Visión negativa del yo (exógena) y de otros; F4. Autoreferencia excesivamente positiva; F5. Visión del otro como exigente y desaprobador; F6. Inflexibilidad en la autoevaluación; F7. Visión del otro como amenaza), que agrupan 34 variables (García & Serrano, 2017). Para la muestra general, el AFC converge con 101 iteraciones, encontrando todas las causalidades significativas, así como la mayoría de las Covariaciones, exceptuando el Factor 4 (Autoreferencia excesivamente positiva) con los demás factores. En la muestra clínica, el AFC converge a 113 iteraciones, con casi todas las causalidades significativas menos la del Factor 5 (Visión del otro como exigente y desaprobador) con el ítem #32 (He pensado que es insoportable la idea de perder a las personas importantes de mi vida) y en las Covariaciones hay significancia en la mayoría exceptuando al Factor 4

con los Factores 1, 3, 5, 6 y 7. Y, de la misma forma, el Factor 6 con los Factores 1, 2 y 3. Ahora, en la muestra no clínica, el modelo converge a 165 iteraciones, con casi todas las causalidades significativas menos la del Factor 4 con el ítem #22 (He considerado que soy una persona irresistible para los demás) y las Covariaciones, exceptuando el Factor 4 con los demás factores, todas son estadísticamente significativas (Ver anexo 4). En la siguiente tabla 12, las estadísticas de ajuste para los tres modelos.

Tabla 12

Sub escala de estilos cognitivos: Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|--------------------|--------------|-----|----------------------|-------|-------|
| Muestra general | 1008.33 | 474 | 0.104 (0.095, 0.113) | 0.729 | 0.698 |
| Muestra Clínica | 786.81 | 474 | 0.113 (0.099, 0.126) | 0.738 | 0.708 |
| Muestra No-Clínica | 1137.49 | 474 | 0.164 (0.152, 0.176) | 0.491 | 0.433 |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

Por otro lado, en el Cuestionario de esquemas de Young, se tiene según Londoño et al. (2010), una estructura factorial de 75 ítems agrupados en 15 Factores (1.privación emocional, 2. abandono, 3. desconfianza/maltrato, 4. defectuosidad, 5. aislamiento social, 6. fracaso, 7. dependencia, 8. vulnerabilidad, 9. apego, 10. subyugación, 11. autosacrificio, 12. inhibición emocional, 13. estándares inflexibles, 14. grandiosidad y 15. autocontrol insuficiente). En este, el análisis solamente se realizó para la muestra general, porque la muestra clínica y no clínica es de 52 pacientes, generando más variables que individuos con lo que hace que la matriz de covarianzas sea singular (Computacionalmente no se pueda trabajar). El AFC para la muestra general, converge a 183 iteraciones, con las causalidades en su mayoría con significancia estadística menos la que hay entre el Factor 9 (Apego) y el ítem # 65 (Es muy difícil para mis padres y para mí, ocultarnos intimidades sin sentirnos

culpables o traicionados), y las Covariaciones entre todos los factores son significativas (ver anexo 4). En la tabla siguiente, las estadísticas de ajuste del modelo Tabla 13.

Tabla 13

YSQ: Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|--------------------|--------------|------|----------------------|-------|-------|
| Muestra general | 5707.61 | 2595 | 0.107 (0.104, 0.111) | 0.520 | 0.487 |
| Muestra Clínica | - | - | - | - | - |
| Muestra No-Clínica | - | - | - | - | - |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

En el presente estudio la subescala de estilos cognitivos el alfa de Cronbach fue de .92 en la muestra total y en la escala Young reporto estudio .94 muestra clínica y .97 no clínica evidenciando los reportes psicométricos adecuados, corroborando la hipótesis de la medición del componente del patrón cognitivo para el protocolo PETD.

Reportes psicométricos de las medidas del patrón conductual

Para la medición del patrón conductual se contó con la Escala de Estrategias de Coping (EEC-M) (Londoño et al., 2006), que agrupa 66 ítems en 12 Factores (1. solución de problemas; 2. Búsqueda; de apoyo social; 3. Espere; 4. Religión; 5. Evitación emocional; 6. Búsqueda de apoyo profesional; 7. Reacción agresiva; 8. Evitación cognitiva; 9. Reevaluación positiva; 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento; 11. Negación y 12. Autonomía). El AFC para la muestra general, converge a 88 iteraciones, con todas las causalidades con significancia estadística, y en las Covariaciones solamente son significativas el 33,33% del total de estas (ver Anexo 4). Por ejemplo: los Factores 7, 10 y 11, no tienen covariaciones significativas con los Factores 4 y 6. En la tabla siguiente, las estadísticas de ajuste del modelo.

Tabla 14*Cuestionario de Coping: Índices de ajuste de los tres modelos probados*

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|--------------------|--------------|------|----------------------|-------|-------|
| Muestra general | 4383.00 | 2211 | 0.097 (0.093, 0.101) | 0.665 | 0.644 |
| Muestra Clínica | - | - | - | - | - |
| Muestra No-Clínica | - | - | - | - | - |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

Comprobando la hipótesis de la medida del *patrón conductual* la escala de estrategias de coping (EEC-M), en el presente estudio reporto .88 en muestra clínica y .92 en la muestra no clínica, evidenciando reportes psicométricos óptimos.

fiabilidad de las escalas aplicables al protocolo en estudio mediante el Omega de McDonald

Una forma alternativa de analizar la fiabilidad de las escalas aplicables al protocolo en estudio es mediante el Omega de McDonald (McDonald, 1999). Este estadístico toma como referencia las cargas factoriales y se distinguen dos coeficientes que son ω_t (Omega total o general) y ω_h (Omega jerárquico, h). Mientras que el primero se basa en la suma de las cargas al cuadrado de todos los factores, el segundo se basa en la suma de las cargas al cuadrado del factor general (Zinbarg, Revelle, Yovel, & Li, 2005). Otra estimación que proporciona el paquete psych de R, es el omega de una prueba de longitud infinita (ω_{inf}) con una estructura similar a la de la prueba observada (Zinbarg, Yovel, Revelle, & McDonald, 2006).

Tabla 15. Comparativo de coeficientes Omega jerárquico, infinito, total, alfa de Cronbach y Lambda 6 de Guttman.

| | ω_h | ω_{inf} | $\alpha_{Cronbach}$ | ω_t | λ_6 |
|-----------------------------|------------|----------------|---------------------|------------|-------------|
| Escala Ansiedad de Zung | 0.4893 | 0.5280 | 0.9150 | 0.9268 | 0.9420 |
| EMTA II manía | 0.7493 | 0.7662 | 0.9607 | 0.9780 | 0.9853 |
| EMTA II Depresión | 0.8278 | 0.8379 | 0.9791 | 0.9879 | 0.9918 |
| EMTA II Estilos Cognitivos | 0.7048 | 0.7315 | 0.9358 | 0.9635 | 0.9696 |
| Escala de esquemas de Young | 0.7642 | 0.7753 | 0.9709 | 0.9856 | 0.9954 |
| Estrategias de Coping | 0.6103 | 0.6268 | 0.9322 | 0.9735 | 0.9909 |

En la Tabla 15. Se puede observar que el omega jerárquico y el infinito es menor en la escala de ansiedad de Zung y en la de Estrategias de Coping, aunque en las demás se maneja en niveles entre aceptables y sobresalientes. En el omega total, todas las escalas se mantienen con valores sobresalientes por encima de 0,92. Comparando este último, con el alfa de Cronbach y el Lambda 6 de Guttman (λ_6) se puede afirmar que son medidas de fiabilidad que muestran consistencia en los valores, ya que las diferencias entre las tres mínimas. Cabe resaltar, que cada una mide la fiabilidad de forma distinta, el alfa tiene como base las varianzas de cada ítem y la total, el Lambda se basa en el coeficiente de determinación de cada ítem con los otros y el omega con las cargas factoriales.

6.2. Validez del Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD)

Esta validez reporta que el contenido del protocolo responde a la estructura teórica de la variable a partir del análisis de los 9 jueces expertos clínicos; a través de V de Aiken se reportó que los intervalos de confianza de los valores son significativos. Se realizó el análisis del contenido del protocolo (PETD) mediante la evaluación de los criterios: Claridad, Precisión, Relevancia y Suficiencia (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008; Angleitner, John, & Löhr, 1986). El punto mínimo de validez se estableció en 0.70 en

función de los baremos de Aiken, empleando un intervalo de confianza del 95%. A continuación, se muestran los resultados obtenidos a partir de la evaluación cualitativa por parte de los expertos (Ver Tabla 16; Ver Anexo 5). Los resultados derivados de los reportes de la muestra permitieron identificar en términos generales la estructura del protocolo es coherente.

Tabla 16

Análisis validez contenido: V Aiken de estructura del protocolo PETD

| Dimensión | V Aiken |
|------------------------|---------|
| Información Inicial | .71 – 1 |
| Evaluación categorial | .71 – 1 |
| Evaluación diferencial | .94 – 1 |
| Evaluación dimensional | .94 – 1 |
| Perfilación final | .94 – 1 |
| Reporte final | .94 – 1 |

La validez se reporta a partir análisis de la correlación entre las calificaciones de la prueba y las calificaciones en el criterio de interés. Este aspecto se ve clarificado cuando se logra comprobar mediante las relaciones de los factores entre las escalas del protocolo.

Relaciones entre los factores de la subescala de depresión EMTA-II y del cuestionario de esquemas de Young:

Al analizar las covariaciones entre los factores 1, 4 y 6 del cuestionario de esquemas de Young (YS) con cada uno de los 8 factores de la subescala de depresión (SD), se tiene inicialmente un modelo factorial confirmatorio con los factores de depresión y el factor 1 de YS. Este modelo, converge a 167 iteraciones, con 104 observaciones mostrando causalidades y covariaciones significativas. De igual forma, los 8 factores de SD con el factor 4 de YS, se tiene un modelo con 164 iteraciones, igual número de observaciones con

causalidades y covariaciones significativas. El modelo con el factor 6 de YS, tiene un comportamiento igual a los anteriores, pero con 157 iteraciones.

Tabla 17
Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|----------------------------|--------------|-----|---------------------|-------|-------|
| 8 factores SD↔ Factor 1 YS | 2041,23 | 998 | 0,100 (0.094,0.106) | 0.781 | 0.763 |
| 8 factores SD↔ Factor 4 YS | 2015,21 | 998 | 0,099 (0.093,0.105) | 0.787 | 0.770 |
| 8 factores SD↔ Factor 6 YS | 2016,88 | 998 | 0,099 (0.093,0.105) | 0.791 | 0.774 |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

Relaciones entre los factores de la subescala de depresión y de estilos cognitivos

EMTA-II:

En el análisis de las relaciones entre los factores de SD con los de estilos cognitivos (EC), se encontró que existen causalidades significativas entre los 8 factores de SD con los factores 1, 2, 3 y 5 de estilos cognitivos. De igual forma, el factor 4 de estilos cognitivos solamente tiene covariación significativa con el factor 7 de SD y el factor 6 de EC solamente tiene relaciones de covariación con el factor 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de SD. Y el factor 7 de EC con el factor 1, 2, 3, 4 y 6 de SD. A continuación, los índices de ajuste:

Tabla 18
Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|----------------------------|--------------|---------|----------------------|-------|-------|
| 8 factores SD↔ Factor 1 EC | 2362.69 | 1139.00 | 0.102 (0.096, 0.107) | 0.766 | 0.748 |
| 8 factores SD↔ Factor 2 EC | 2342.72 | 1139.00 | 0.101 (0.095, 0.107) | 0.771 | 0.754 |
| 8 factores SD↔ Factor 3 EC | 2042.82 | 1139.00 | 0.105 (0.099, 0.111) | 0.777 | 0.758 |
| 8 factores SD↔ Factor 4 EC | 1897.22 | 1139.00 | 0.102 (0.096, 0.109) | 0.787 | 0.768 |
| 8 factores SD↔ Factor 5 EC | 1967.94 | 1139.00 | 0.101 (0.095, 0.108) | 0.786 | 0.768 |
| 8 factores SD↔ Factor 6 EC | 1905.14 | 1139.00 | 0.103 (0.096, 0.109) | 0.785 | 0.766 |
| 8 factores SD↔ Factor 7 EC | 1921.21 | 1139.00 | 0.103 (0.097, 0.110) | 0.781 | 0.762 |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

Relaciones entre los EC unipolares y Bipolares con los factores SD EMTA-II:

En referencia a las relaciones entre los EC Unipolares con los Factores de SB, se tiene significancia estadística en causalidades y covariaciones. Sin embargo, cuando se analizan los factores bipolares con los 8 factores de SD, se tienen significancias exceptuando el Factor 6 y Factor 7 con los Factores 7 y 8 de SD.

Tabla 19

Índices de ajuste de los tres modelos probados

| Modelos | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|------------------------------|--------------|------|---------------------|-------|-------|
| 8 factores SD↔ EC Unipolares | 2770.56 | 1332 | 0.102 (0.097,0.107) | 0.750 | 0.731 |
| 8 factores SD↔ EC Bipolares | 3360.69 | 1644 | 0.100 (0.095,0.105) | 0.720 | 0.699 |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

Relaciones entre la Escala de Estrategias de Coping con la SD EMTA-II:

Luego, en las relaciones de la Escala de Estrategias de Coping con la SD, se tienen significancias en las covariaciones y causalidades, exceptuando el factor 1 de EEC con los 8 factores de SD. A continuación, los índices de ajuste:

Tabla 20

Índices de ajuste de los tres modelos probados

| T | S-B χ^2 | Gl | RMSEA (90% CI) | CFI | NNFI |
|------------------------------|--------------|------|----------------------|-------|-------|
| 8 factores SD↔ Factor 1 EEC | 2340.45 | 1188 | 0.097 (0.091, 0.102) | 0.776 | 0.760 |
| 8 factores SD↔ Factor 5 EEC | 2314.91 | 1139 | 0.100 (0.094, 0.105) | 0.776 | 0.759 |
| 8 factores SD↔ Factor 7 EEC | 2035.89 | 998 | 0.100 (0.094, 0.106) | 0.791 | 0.773 |
| 8 factores SD↔ Factor 10 EEC | 1943.87 | 953 | 0.100 (0.094, 0.106) | 0.789 | 0.771 |
| 8 factores SD↔ Factor 11 EEC | 1893.67 | 909 | 0.102 (0.096, 0.109) | 0.787 | 0.768 |

Nota: S-B χ^2 = Chi-cuadrado Escalado Satorra-Bentler (2001); gl = Grados de libertad; RMSEA (90% CI) = Error Cuadrático Medio de Aproximación y su intervalo de confianza del 90% (Steiger & Lind, 1980); CFI = Índice de Ajuste Comparativo (Bentler, 1990); NNFI = Índice de Ajuste no Normado de Bentler-Bonett. (1980).

Partiendo de lo anterior nos lleva comprobar la hipótesis que los componentes del protocolo PETD cuentan con evidencia satisfactoria de la validez interna. De igual el estudio tiene algunas limitaciones que será expuestas en el párrafo de discusión.

6.3. Confiabilidad del Protocolo de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD) a partir de los análisis de concordancia examen – reexamen

Para determinar la confiabilidad del Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD), a partir de los análisis se evaluó la concordancia entre el reporte realizado por la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Ferrando, Bobes, Gibert, & Soto, 2000) y el diagnóstico (trastornos depresivos) de remisión de los pacientes, además los 52 sujetos de la muestra clínica reportaron en la subescala de depresión de EMTA-II por encima del rango de 87,1 y los 52 de la muestra no clínica dentro de la media. Por otro lado, el coeficiente kappa (IC95%: 0,59-0,82) el cual nos indica la confiabilidad, reportado en el diagnóstico de remisión y el diagnóstico por el protocolo PETD tuvo un acuerdo total evaluado por kappa de 0,69 para el episodio depresivo mayor y 0,63 para el trastorno distímico (IC95%: 0,59- 0,82), el cual se considera bueno. Al evaluar el diagnóstico del episodio depresivo mayor recidivante se encontró que la concordancia es pobre (Kappa=0,38). Los resultados del análisis para cada diagnóstico se pueden ver en la tabla 20.

Tabla 21
Análisis de concordancia

| Diagnóstico | Concordancia | Kappa | Error estándar | Estadístico t | P-valor |
|---|--------------|-------|----------------|---------------|---------|
| Episodio depresivo mayor actual (Tristeza) | 0,827 | 0,654 | 0,074 | 6,673 | 0,000 |
| Episodio depresivo mayor actual (Anhedonia) | 0,769 | 0,538 | 0,083 | 5,495 | 0,000 |
| Síntomas Depresivos | 0,779 | 0,558 | 0,081 | 5,714 | 0,000 |

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Episodio depresivo mayor actual | 0,846 | 0,692 | 0,071 | 7,065 | 0,000 |
| Episodio depresivo mayor recidivante | 0,692 | 0,385 | 0,086 | 4,122 | 0,000 |
| Trastorno distímico | 0,817 | 0,635 | 0,076 | 6,473 | 0,000 |

Finalmente, a partir de las medidas realizadas por el protocolo mediante las relaciones del constructo central (medido por la subescala de Depresión EMTA-II) y otras variables de referencias (subescala de estilos cognitivo, subescala de manía, cuestionario YSQ y cuestionario de Coping, ENTRADEP) se logran evidenciar unos perfiles de depresión que dan respuesta a las propuestas teóricas y estudios del tema.

Tabla 22

Perfiles de depresión del Protocolo preliminar PETD

| Perfiles | Constructo central | Cognitivo | Conductual | Eventos externos |
|--|---|---|--|------------------------------------|
| Depresión de contenido específico (Beck, Young, Rych & Weinberger, 2008) | Subescala de depresión EMTA II: Puntuación en los 8 factores. | YSQ: puntuación en los esquemas de: • Privación emocional • Defectuaciodad • Fracaso | | |
| Depresión Unipolar | Subescala de depresión EMTA II: Puntuación en los 8 factores. | Subescala de estilos cognitivos EMTA-II: puntuación en factor 1, 2, 3 y 5 | | |
| Depresión Reactiva (Beck, 1983) | Subescala de depresión EMTA II: Puntuación en los 8 factores. | | | ENTRADEP: 53, 54, 56, 58, Marco SI |
| Depresión - Estilo rumiativo (Roberts, Gilboa, Goltib, 1998) | Subescala de depresión EMTA II: Puntuación en los 8 factores. | Subescala de estilos cognitivos EMTA-II: Puntuación en factor 1, 2, 3 y 5 | Coping ausencia de factor: Solución de problemas | |

7. Discusión

Este capítulo analiza los resultados a la luz de las otras propuestas de investigación; con el propósito de entender el avance científico en esta área del conocimiento; comparando y/o sentando semejanzas del caso de estudio con la construcción teórica ya existente.

Según los resultados de los modelos estimados para contrastar las hipótesis de estudio, en relación con los objetivos perseguidos durante la investigación científica, se plantea la conversación entre ellos y el marco teórico. En relación, a los pacientes de la muestra clínica, se evidencia la incidencia de la medición psicología y las posturas teóricas que se corroboran mediante los perfiles depresivos.

De esta manera el objetivo principal fue determinar la confiabilidad y validez del Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD) en adultos, el cual se permitió comprobar la hipótesis principal, ya que la validez del protocolo evidencia que mide para lo que fue diseñado, respondiendo a la naturaleza de la variable en cuestión que en este caso particular es la depresión. Demostrando la evidencia empírica y los supuestos teóricos que la respaldan. Además, la confiabilidad del protocolo permitió corroborar mediante sus puntuaciones cuales son los pacientes con o sin depresión, y sus características.

Para dar cumplimiento al objetivo principal planteado en el apartado anterior, en primera medida se establecieron los indicadores psicométricos de la batería de pruebas mediante la evaluación dimensional del constructo y variables de referencias. Siendo la Depresión, el *constructo central* a medir se toma como instrumento la escala multidimensional de trastornos afectivos EMTA II (García-Roncillo y Serrano, 2018), la sub-escala de depresión en la aplicación del protocolo reporto un alfa de Cronbach .95

dando reportes psicométricos óptimos y en estudios previos el alfa de Cronbach reporto .94 para la Subescala de depresión (Abello y Cortes, 2012; Abello, Cortes, Fonseca, García y Mariño, 2013; Abello-Luque, Cortes-Peña, García-Montaña, García-Roncallo y Nieto-Betancurt, 2017). El AFC (análisis factorial confirmatorio) para la muestra general, converge a 148 iteraciones con todas las relaciones de causalidad y covariación estadísticamente significativas.

El reporte psicométrico de la sub-escala de Depresión de EMTA-II en comparación con otras medidas, como por ejemplo con el BDI (Beck Depression Inventory) es una de las herramientas más utilizadas internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos (Sanz y Vázquez, 1998); los ítems del BDI-II cubren todos los criterios diagnósticos sintomáticos mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores significativamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional. De alguna manera Beck (1961) aclara que el instrumento tiene como objetivo registrar diversos grados de depresión a lo largo de un continuo, más no está diseñado para distinguir entre categorías diagnósticas estándares. A diferencia de la escala EMTA que te permite una valoración global del constructo y sus 8 Factores que abordan 4 sistemas (Sistema Cognitivo (SCG), Sistema Afectivo (SA), Sistema Conductual (SC) y Sistema Motivacional (SM), permitiendo al clínico diferenciar que aspecto está más comprometido. Otra limitación, de este instrumento (IBD-II) por el cual no fue escogido para la presente investigación es la ausencia de adaptaciones que cumpla con los requerimientos de los estudios psicométricos al contexto colombiano (Londoño y Castañeda, 2017).

Para el diagnóstico diferencial y corroborar la hipótesis de la medida del componente *afectivo emocional* se utilizaron la subescala de manía de EMTA-II (García-Roncallo y Serrano, 2018) y escala de ansiedad de Zung (Bohórquez, 2007) ya que para el protocolo

solo se busca trabajar con las personas con síntomas depresivos y se requieren estas mediciones para excluir aquellos que puntúen en estas variables (Ver Flujograma protocolo PETD, Figura 1). En cuanto a la escala manía de EMTA-II en el presente estudio el alfa de Cronbach reportó .94 para muestra no clínica y .90 para pacientes clínicos contando con reportes psicométricos óptimos; en estudios previos reportó .94 (Abello-Luque, Cortes-Peña, García-Montaña, García-Roncallo y Nieto-Betancurt, 2017). En cuanto a las estadísticas de ajustes de los modelos para muestra general y clínica, cabe resaltar que el modelo para muestra no clínica no converge computacionalmente para el presente estudio. Para la medición de la ansiedad Escala de Ansiedad de Zung (Bohórquez, 2007) en estudios previos el alfa de Cronbach reportó .77 en el presente estudio en la población clínica .80 y no clínica .62. Para el protocolo es importante incluir estas escalas, ya que la Depresión presenta una gran comorbilidad con otros trastornos como la ansiedad y los episodios maníacos, lo que hace muy difícil su diagnóstico diferencial.

Seguidamente, comprobando la hipótesis de la medida del *patrón conductual* se evaluó con la escala de estrategias de coping (EEC-M) (Londoño et al., 2006), en estudios previos reportó .84 y en el presente estudio reportó .88 en muestra clínica y .92 en la muestra no clínica, evidenciando reportes psicométricos óptimos. El AFC para la muestra general, converge a 88 iteraciones, con todas las causalidades con significancia estadística.

Este *patrón conductual* es relevante evaluarlo en PETD, ya que se ha evidenciado que las personas poco expresivas, sumisas y que no expresan sus emociones tienen mayores pensamientos depresivos (Vinaccia et al., 2006). Seguidamente aspectos conductuales como las estrategias de afrontamiento son importantes para resolver los problemas, el efecto del estrés en las emociones (ansiedad y depresión) dan como resultado un deterioro en el rendimiento (Lazarus y Folkman , 1986).

Para evaluar el *patrón cognitivo* Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ (Londoño et al., 2012) en estudios previos .74 y en el presente estudio .94 muestra clínica y .97 no clínica corroborando los reportes psicométricos óptimos. El AFC para la muestra general, converge a 183 iteraciones, con las causalidades en su mayoría con significancia estadística, y las covariaciones entre todos los factores son significativas.

Estos esquemas han sido vinculados a estados emocionales negativos como la depresión que, a su vez, guardan estrecha relación con la aparición. Para evaluarlos, Young (1999) desarrolló el Young Schema Questionnaire, validado para población colombiana por Londoño et al. (2012). Los esquemas son estructuras cognitivas que integran y aplican significado a los eventos mediante la búsqueda, la codificación y la evaluación del estímulo identificado (Beck et al., 2004). Son patrones cognitivos relativamente estables que regulan las interpretaciones acerca de las situaciones, y que influyen en la atención selectiva de los diferentes de estímulos. El esquema es la base para transformar los datos en cognición, sean verbales o en imágenes. Un esquema puede permanecer inactivo durante periodos y ser activado por eventos específicos, es decir que, en condiciones psicopatológicas como la depresión, las conceptualizaciones que hacen los pacientes acerca de determinadas situaciones son distorsionadas y acomodadas a los esquemas. En la medida que la depresión se agudiza, su pensamiento es cada vez más distorsionado.

Siguiendo con la misma idea anterior, la especificidad cognitiva ha sido un tema de interés para el estudio de la depresión, y desde el modelo de esquemas de Young se han desprendido varias investigaciones. El esquema de abandono-inestabilidad ha sido referido en diferentes estudios como asociado a la depresión a diferencia del presente estudio que reporta otros esquemas (Glaser, Campbell y Calhoun 2006; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002) en una amplia muestra clínica; en el caso de la presente

investigación los esquemas más prevalentes de la muestra clínica fueron privación emocional, defectuosidad y fracaso. En la depresión clínica, los esquemas negativos se consolidan, dando como resultado un sesgo negativo sistemático en la interpretación y el recuerdo de las experiencias, mientras que los esquemas positivos se vuelven menos accesibles. Es fácil para los pacientes deprimidos ver los aspectos negativos de un evento (Beck, Young, Rych y Weinberger, 2008). El énfasis en el componente cognitivo no solo como síntoma sino como vulnerabilidad ya que repercute en el mantenimiento y recurrencia del trastorno.

Otras de las pruebas que permitieron dar soporte al Protocolo (PETD) en el *patrón cognitivo* fue la subescala de estilos cognitivos de EMTA-II Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA II (García-Roncallo y Serrano, 2018) en estudios previos su reporte del alfa de Cronbach fue .92 como en el presente estudio .92 tanto en la muestra total. Para la muestra general, el AFC converge con 101 iteraciones, encontrando todas las causalidades significativas, así como la mayoría de las Covariaciones, exceptuando el Factor 4 (Autoreferencia excesivamente positiva) con los demás factores. Siendo este factor de los estilos cognitivos bipolares variables no son correspondientes a las características de la muestra.

Los estudios actuales sobre vulnerabilidad cognitiva plantean el estilo cognitivo negativo como el factor causal más reconocido para la depresión ante la presencia de eventos estresantes negativos (Abramson et al., 1978; 1989; Clark y Beck, 1997; Clark, 2004). Los pensamientos negativos han sido ampliamente estudiados como asociados a la depresión, la ansiedad y otros problemas mentales (Peterson y Seligman, 2004; Seligman, 1974).

Por otra parte, es importante resaltar e incentivar la investigación y adecuación de los instrumentos de medición psicológica en población colombiana, ya que a pesar de contar con estrategias de adaptación, algunos ítems no son aplicables debido a su contenido expuesto, es decir, como lo plantea Kaplan y Saccuzzo (2006) es necesario darle mayor utilidad clínica y técnica a los instrumentos y mayor aplicabilidad a partir del empleo del lenguaje, ya sea en su uso total o en la aplicación específica de los factores que los conforman.

Por otro lado, una segunda hipótesis del presente estudio nos lleva a determinar cómo los componentes del protocolo PETD en su versión preliminar cuentan con evidencia satisfactoria de la validez interna (contenido), esto quiere decir que el contenido del protocolo responde a la estructura teórica de la variable a partir del análisis de los 9 jueces expertos a través de V de Aiken, se reportó que los intervalos de confianza de los valores son significativos. Este intervalo permite probar si la magnitud obtenida del coeficiente es superior a una establecida como mínimamente aceptable (Aiken, 1980, 1985, 1996). Su valor oscila desde 0 hasta 1, siendo el valor 1 indicativo de un perfecto acuerdo entre los jueces respecto a la mayor puntuación de validez de los contenidos evaluados. El punto mínimo de validez se estableció en 0.70 en función de los baremos de Aiken, empleando un intervalo de confianza del 95%.

En cuanto a la validez, la correlación entre las calificaciones de la prueba y las calificaciones en el criterio de interés. Este aspecto se ve clarificado cuando se logra comprobar mediante las relaciones de los factores entre las escalas del protocolo:

En primer lugar, se relacionó los 8 factores de sub escala de depresión EMTA-II tiene causalidades y convergencias estadísticamente significativas con los esquemas de privación emocional, defectuosidad y fracaso de la prueba de YSQ, esto corrobora la

hipótesis de contenido específico, que formula que los individuos construyen activamente su realidad, en la depresión hay una tendencia clara a la interpretación negativa de las experiencias que soportan sus creencias sobre ser un fracasado/defectuoso/el no ser amado (Clark & Steer, 1996). En la depresión, el tema cognitivo predominante es la pérdida personal o la privación. En otros estudios como de Estévez y Calvete (2009) las asociaciones entre esquemas cognitivos y síntomas de depresión se daban con más fuerza para los esquemas de privación emocional y fracaso; a diferencia de nuestro estudio no se reportó el esquema de defectuosidad. Otras investigaciones de Segal (1988), Stopa *et al.* (2001), Calvete *et al.* (2005), reportaron que los constructos de fracaso, pérdida e inadecuación eran elementos característicos de la depresión. Dando respuesta a la hipótesis conceptual de especificidad cognitiva que formula cada trastorno psicológico tiene un perfil cognitivo distintivo que es patente a nivel de esquemas, de procesamiento sesgado y de pensamientos negativos automáticos.

En segundo lugar, la correlación de la sub escala de depresión con la sub escala de estilos cognitivos EMTA-II, evidencia causalidad estadísticamente significativa con los factores 1, 2, 3 y 5 de los estilos cognitivos corroborando la hipótesis de contenido específico de la depresión tales como: estilos atribucionales Desadaptativos (Factor 1), visión negativa del yo (endógena) y el futuro (Factor 2), visión negativa del yo (exógena) y de otros (Factor 3), visión del otro como exigente y desaprobador (Factor 5). Estos resultados son coherentes con los reportados en los estudios de Beck (1995) que sostiene que los pensamientos depresivos expresarían una visión insatisfactoria de uno/a misma, autoculpa y desesperanza, elementos que nuestro estudio se corrobora con el factor 1 y 2 de estilos cognitivos; y factor 1 de la subescala de depresión. También, estarían en la línea desarrollada por Abramson, Metalsky y Alloy (1989), la cual caracteriza a la depresión por

un estilo cognitivo negativo lleno de inferencias relacionadas con una baja autoconfianza y baja autoeficacia. Aspecto que se reporta en el factor 2 de la subescala de estilos cognitivos.

De esta manera dando respuesta a la hipótesis conceptual de la negatividad en el que la depresión se caracteriza por un aumento de pensamientos autorreferidos, negativos, absolutos y generalizados, sobre uno mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, resultado de la activación de esquemas idiosincrásicos disfuncionales representados dentro de un modo primario.

En tercer lugar, la hipótesis de perfil de depresión unipolar se relaciona subescala de depresión con los factores de estilos cognitivos unipolares de EMTA-II se reportó significancia estadística en causalidades y covariaciones. Seguidamente, perfil de depresión bipolar, los factores de la subescala de depresión con la escala de estilos cognitivos bipolares. Sin embargo, cuando se analizan los factores de estilos cognitivos bipolares con los 8 factores de Subescala de depresión, se tienen significancias exceptuando el Factor 6 (Inflexibilidad en la autoevaluación) y Factor 7 (Visión del otro como amenaza) con los Factores 7 (Dificultades en las funciones ejecutivas) y 8 (Manifestaciones de tristeza) de la Subescala de Depresión. Las investigaciones que se han abocado a diferenciar la depresión bipolar de la unipolar han adolecido de falencias metodológica, o bien son estudios transversales o frecuentemente se ha tratado de ensayos clínicos de medicamentos (Mitchell, Goodwin, Johnson y Hirschfeld, 2008). Tanto la teoría de Beck (1967) como la teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) son modelos cognitivos de vulnerabilidad-estrés de la depresión que ven los patrones cognitivos desadaptativos como vulnerabilidades que aumentan el riesgo Tanto por deprimirse como por aumentar la severidad y la duración de la depresión cuando se enfrentan a eventos estresantes de la vida. Mientras que estas teorías han ampliado nuestra comprensión de la depresión unipolar (por

ejemplo, Abramson, Aleación, & Metalsky, 1995, Alloy, Abramson, y otros, 1999, Haaga, Dyck, & Ernst, 1991), se ha hecho poca investigación sobre el papel de Cognitivos en los trastornos bipolares del estado de ánimo. Presumiblemente, la escasez de trabajo en los procesos cognitivos en los trastornos bipolares se debe principalmente a la concepción de larga data de que el trastorno bipolar es una enfermedad de base biológica.

En cuarto lugar, se relaciona de subescala de depresión EMTA-II con la escala de coping (EEC-M), se tienen significancias en las covariaciones y causalidades, exceptuando el factor 1 (solución de problemas) de EEC con los 8 factores de SD, ya que este evalúa la solución de problemas en la estrategia de afrontamiento que está afectada en pacientes depresivos. En similitud a los hallazgos obtenidos en investigaciones de Estévez y Calvete (2009) y de Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema (1995) reportan que en la depresión como resultado una asociación estadísticamente significativa de carácter negativo entre los pensamientos que reflejan dificultades en el afrontamiento e insatisfacción. Comprobando la hipótesis conceptual de afrontamiento diferencial en la expone que los individuos tendrán mayor dificultad de afrontar acontecimientos negativos personalmente significativos. Por tanto, los individuos con modos cognitivos de sociotropía serán menos eficaces afrontando estresores negativos interpersonales significativos, mientras que individuos con modos cognitivos de autonomía serán menos eficaces afrontando acontecimientos que amenazan su dominio e independencia (Clark y Beck, 2010).

Finalmente, se comprueba la hipótesis de determinar la confiabilidad del Protocolo preliminar de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD), a partir de los análisis se evaluó la concordancia entre el reporte realizado por la Mini international neuropsychiatric interview (MINI) (Ferrando, Bobes, Gibert, & Soto, 2000) y el

diagnóstico (trastornos depresivos) de remisión de los pacientes, además los 52 sujetos de la muestra clínica reportaron en la subescala de depresión de EMTA-II por encima del rango de 87,1 y los 52 de la muestra no clínica dentro de la media. En cuanto al coeficiente kappa (IC95%: 0,59-0,82) lo cual nos indica que la confiabilidad entre los diagnósticos de remisión y lo evaluado por PETD se considera buena exceptuando para el diagnóstico episodio depresivo mayor recidivante.

En relación con otros estudios de la mismas características al presente estudio, encontramos el de protocolo de evaluación para estrés, ansiedad y depresión en víctimas de Avendaño-Prieto y cols. (2018) realizado en el contexto colombiano, en cual encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las variables transdiagnósticas entre los grupos, los valores p oscilaron entre .09 y .95, resultados que permiten inferir cómo las variables transdiagnósticas pueden ser identificadas mediante el protocolo, independientemente del tipo de diagnóstico o condición de víctima. Por otra parte, dentro de los referentes internacionales identificamos los estudios Barlow y cols. (2012), su reporte de la eficacia del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico emocional (UP), en uno de sus estudios con una muestra de 37 pacientes, el UP resultó significativo en la mejora de medidas de gravedad clínica en síntomas de depresión y ansiedad. A pesar de ello, este estudio no se podría comparar con el nuestro debido que su objetivo es la intervención y no la evaluación, sumado a las diferencias que existen en los contextos aplicados.

Por otra parte, a partir de los resultados arrojados se puede corroborar los perfiles depresivos encontrados en los reportes del protocolo. En primer lugar, siendo el perfil depresión de contenido específico (Beck, Young, Rych & Weinberger, 2008) uno de los perfiles que arroja el protocolo mediante la puntuación en el YSQ en los esquemas de

privación emocional, Defectuaciocidad, Fracaso. Son muchos los estudios que soportan la predominancia de este perfil de pensamientos de perdida y/o fracaso en la depresión, y daño y/o peligro en la ansiedad (Clark & beck, 1989; Engel & DeRubeis, 1993; Haaga et al, 1991; Ingram, 1990). No obstante, la evidencia es menos consistente en lo que concierne a las muestras de niños, adolescentes y muestras no clínicas estudiantiles (Garber et al., 1993; Laurent & Stark, 1993; Steer, Beck, Clark & Beck, 1994). En cuanto, a la depresión unipolar, en las puntuaciones de la escala EMTA-II puntúan alto en todos los factores y los estilos cognitivos (factores 1, 2, 3 y 5). Seguidamente, la depresión reactiva (Beck, 1983) la interacción de una vulnerabilidad cognitiva y un evento vital precipitante podrá ser evidente sólo en las depresiones de naturaleza reactiva (Beck, 1991; Clark, Beck & Brown, 1992), por ello la hipótesis de vulnerabilidad cognitiva no es universal para todos los casos de depresión. Por tal razón en el protocolo este tipo de casos puntúan la subescala de depresión y la ENTRADEP marcan si en las preguntas 53, 54, 56, 58; los cuales hacen referencia a eventos precipitantes.

Finalmente, la depresión estilo rumiativo (Roberts, Gilboa, Goltib, 1998), marcan en el protocolo en la subescala de depresión, de estilos cognitivos y coping. Esto se corrobora con la teoría de los estilos de respuesta, Susan Nolen-Hoeksema (1991) propuso que aquellas personas que se sumergen en rumiaciones depresivas, es decir pensamientos recurrentes sobre sus primeros síntomas depresivos o sobre las posibles causas y consecuencias de estos, sufrirán durante más tiempo los efectos del estado de ánimo depresivo que aquellos que sean capaces de distraerse de los mismos. Los efectos perjudiciales del estilo rumiativo han sido encontrados de forma consistente, tanto en la investigación longitudinal como en la experimental (NolenHoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008).

A partir de los hallazgos encontrados en esta investigación cabe resaltar que el PETD en su versión preliminar permite tener una medida inicial de los trastornos depresivos en nuestro contexto por todo el soporte de las pruebas psicométricas, a pesar de ello se requiere continuar con otros niveles en el alcance del conocimiento. Dando claridad que encontramos varias limitaciones tales como: se impide demostrar generalización de los resultados, estos solo indican asociación estadística, además de los análisis cualitativos que requieren corroborar la medición de la entrevista ENTRADEP utilizada en el protocolo. Otros aspectos, para tener en cuenta en futuras investigaciones se requiere ampliar el tamaño de las muestras y el cubrimiento en varias regiones del país; para poder identificar la eficacia terapéutica del mismo, por medio de la validez ecológica y análisis de la eficacia. Por último, sistematizar el protocolo mediante una plataforma tecnológica como lo que hoy en día que permita al profesional de la salud mental ahorrar tiempos para el uso, con el fin de arrojar los perfiles de pacientes depresivos y facilitar el diseño de la intervención.

8. Conclusiones

A nivel mundial, los trastornos depresivos se clasifican como el mayor factor que contribuye a la pérdida de salud, se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana como se está evidenciando ante a la actual pandeas mundial.

Las estimaciones fiables y actualizadas de la proporción de una población general afectada por diferentes enfermedades o condiciones de salud son un componente esencial de la formulación de políticas, la planificación y la evaluación eficaces de la salud. Las investigaciones requieren dar respuesta a estos datos de prevalencia de la depresión y otros trastornos mentales comunes ya que esto genera pérdida de la salud.

Para dar respuesta a lo anterior, los procesos de evaluación de los sistemas de salud requieren mejoras, actualmente en Colombia se estila realizar la evaluación categorial en la que los profesionales emplean un sistema de clasificación mediante el manual diagnóstico DSM; permite revisar criterios que han de dar un diagnóstico determinado y comprobarlo con el juicio clínico. Sin embargo, en los protocolos de investigación revelan que se requiere incorporar procedimientos con mayor estructura para lograr la fiabilidad diagnóstica, el instrumento más adecuado es la entrevista estructurada sumado a las pruebas psicométricas, estas permiten de manera sistemática realizar una revisión de un problema clínico.

Ante esta problemática, diversas organizaciones internacionales están trabajando en el desarrollo de estándares, principios o guías para regular y optimizar las actividades prácticas y científicas del evaluador. Por tal motivo la globalización conlleva a la generación de principios aprobados internacionalmente que permita valorar la calidad de la enseñanza, el entrenamiento y la práctica de la evaluación psicológica a fin de proteger los intereses de los pacientes.

Teniendo en cuenta que los pacientes con depresión mayor se les reconoce su sufrimiento, ya que, la morbilidad y probabilidad de recurrencia, el impacto en la vida familiar, sociolaboral y el riesgo de suicidio asociado. Estos factores, generan una elevada carga sociosanitaria y económica del trastorno. Por tal motivo es relevante, las estrategias de salud y las guías terapéuticas, recomiendan un primer abordaje del trastorno desde el ámbito de Atención Primaria, pero es precisamente en ese contexto donde se han constatado diversas dificultades (Agüera-Ortiz, Montón, Cuervo, Medina, Díaz-Cuervo y Maurino, 2013). Generando la brecha terapéutica aspecto que se requiere dar respuestas en las investigaciones y por esta razón se planteó el presente estudio.

Para resolver lo planteado en el apartado anterior, debemos acercarnos a los procesos de evaluación psicológica en salud mental en Colombia enfrentándonos a tener en cuenta el manejo ético de los instrumentos. Cabe señalar que, aunque son muy pocos los validados en Colombia, todos los que se identificaron tienen utilidad dentro del contexto de salud, ya que, a pesar de sus características específicas en la presentación de los resultados y las dificultades idiomáticas, se convierten en un indicador inicial de la problemática del consultante. La veracidad de los resultados obtenidos de los instrumentos es parcial en el caso de aquellos que son contruidos para otras poblaciones, pero de la mano de otras estrategias de evaluación permiten validar diagnósticos y establecer planes de intervención

coherentes con las necesidades de los consultantes. Al evaluar el estado de validación del reducido número de instrumentos que reportan algún análisis de este tipo aun cuando cuentan con análisis factoriales, índices de consistencia interna altos o moderados, es relevante que las muestras utilizadas fueron seleccionadas en grupos de conveniencia ubicados en regiones específicas del país; esto es importante si se tiene en cuenta que en todos los casos los análisis se hicieron usando constructos que corresponden a la teoría clásica de los test en los que la representatividad de las muestras es crucial. Entonces, es posible concluir que en buena parte de los casos solo puede hablarse de validaciones preliminares o selectivas (Camargo y Gutiérrez, 2010; Robledo y Escobar, 2010).

Con el presente estudio, se hace evidente la necesidad de dedicar tiempo al desarrollo de ejercicios investigativos cuya finalidad sea mejorar los procesos de evaluación psicológica del contexto colombiano. No obstante, los resultados ponen de manifiesto la importancia de evaluar la comorbilidad, aspecto que no se tuvo en cuenta en la presente investigación. En Colombia, se hace necesario el desarrollo de procesos de investigación en los que se busque validar instrumentos que hayan sido aplicados y validados en diversas poblaciones, ya que esto garantiza que el instrumento cumple con criterios de validez y confiabilidad y se puede utilizar en la población. La validación por cuestiones de costos y tiempo es una alternativa viable en el caso de las investigaciones psicométricas. Para el caso particular de la Psicología de la clínica se convierte en una buena alternativa para incrementar el número de recursos dentro del proceso de evaluación, ya que no se cuenta con un banco de instrumentos suficientes (inventarios, escalas y listas de chequeo, entre otros). (Londoño y Castañeda, 2017). Por otro lado, es necesario que en Colombia se reconozca y asuma efectivamente (no solo en el papel) que la psicología es una de las áreas de los servicios de Atención Primaria en Salud tal como lo platea

ASCOFASI (2020) frente la situación actual de la pandemia del Covid-19 ha demostrado que *no hay salud sin salud mental* y que, si se hace una detección temprana y una atención adecuada de los problemas y trastornos mentales, se podría disminuir la carga de la enfermedad y los efectos que a partir de ellos se generan en la salud pública.

Finalmente, podemos concluir que la investigación contó con un recorrido previo estudios psicométricos importantes (Abello y Cortes, 2012; Abello, Cortés, Fonseca, García y Mariño, 2013; Abello-Luque, Cortes-Peña, García-Montaña, García-Roncallo y Nieto-Betancurt, 2017; García-Roncallo y Serrano, 2018, García-Montaña y Serrano, 2018) aterrizando al protocolo actual, con un primer paso al diseño y primeros indicadores de fiabilidad del PETD, pero colocando en marcha un camino que requiere otros estudios para su consolidación y materialización en los servicios de salud mental. Con el fin de dar respuesta a la Ley 1616 (2013) que exige la creación nuevas modalidades de atención, en la que se especifica la necesidad de que existencia los servicios de evaluación, seguimiento, estandarización, protocolos y mejora continua.

9. Referencias

- Abello, D., y Cortes, O. (2012). Diseño de la escala multidimensional de trastornos afectivos EMTA: análisis psicométrico de confiabilidad y validez. *Psicología desde el Caribe*, 29 (3), 545-591.
- Abello, D., Cortes, O., Fonseca, L., García, P., y Mariño, J. (2013). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: Análisis psicométrico desde la Teoría Clásica de los test y la Teoría Respuesta al Ítem. *SUMA Psicológica*, (20) 2, 203-216.
- Abello-Luque, D., Cortes-Peña, O., García-Montaña, E., García-Roncallo, P., y Nieto-Betancurt, L. (2017). Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos, EMTA: Generación de Indicadores Psicométricos y Escalas Normativas de Uso Clínico. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación/E avaliacao psicológica-RIDEP*, 43(1), 187-198.
- Abelló, C., Barba, R., Delgado, R., Humet, C., & Suñol, R. (1994). Protocolos. *Revista Calidad Asistencial*, 2, 49-50.
- Abal, F., Aguerri, M., Attorresi, H., Galibert, M., & Luzzia, G. (2009). Teoría de Respuesta al Ítem. Conceptos básicos y aplicaciones para la medición de constructos psicológicos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 18. 179 – 188.
- Recuperado de:
http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/825/racp_xviii_2_pp179_188.pdf.

- Abramson, J. H., & Abramson, Z. H. (2001). *Making sense of data: a self-instruction manual on the interpretation of epidemiological data*. Oxford university press.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., Joiner, T. E., & Sandín, B. (1997). Teoría de la Depresión por Desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3), 211-222.
- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theorybased subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Agüera-Ortiz, L., Montón, C., Cuervo, J., Medina, E., Díaz-Cuervo, H., & Maurino, J. (2013). Adaptación al castellano de la escala Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) para la evaluación de la depresión mayor desde la perspectiva del paciente. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41, 287-300.
- Aiken, L. (1980). Content Validity and Reliability of Single Items or Questionnaire. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 955- 959.
- Aiken, L. (1985). Three Coeficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ralings. *Educational and Psychological Measurement*, 45, 131-142.
- Aiken, L. (1996). *Rating scales and checklists*. Canada: John Wiley & sons, inc.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Agerbo, E. (2005). Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect?. *J Epidemiol Community Health*, 59(7), 598–602.

- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 216-249). New York, NY, US: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Angleitner, A., John, O.P., & Löhr, F.-J. (1986). It's what you ask and how you ask it: an itemmetric analysis of personality questionnaires. In: Angleitner A, ed. *Personality assessment via questionnaires*. Berlin [u.a.]: Springer; 1986: 61-107.
- Asamblea Mundial de la Salud. (2019). *Informe sobre los resultados de la OMS: presupuesto por programas 2018-2019: examen de mitad de periodo* (No. A72/35). Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328788>
- ASCOFAPSI. (2020). Psicología en Contextos de COVID-19, Desafíos poscuarentena en Colombia.
- Avendaño-Prieto, B. L., Toro-Tobar, R. A., Vargas-Espinosa, N. M., & Villalba-Garzón, J. (2018). Protocolo de Evaluación Transdiagnóstico para Estrés, Ansiedad y Depresión: Un Análisis con Víctimas Colombianas. *Trends in Psychology/Temas em Psicologia*, 26(4), 2119-2132.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, pp 561-571.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: Meridian.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety research*, 1(1), 23-36.
- Beck, AT., & Haigh, EA. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annu Rev Clin Psychol*, 10, 1-24.
- Beck, A., Young, J., Rych, J., & Weinberger, A. (2008). Cognitive Therapy of Depression. In Barlow, D. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press, pp. 250–306
- Benedito, M.C., Carrió, M.C., Del Valle, G., & Domingo, A. (2005). Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 92, 165-176.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2), 238.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588.
- Bohórquez Peñaranda, A. P. (2007). *Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la pontificia Universidad Javeriana* (Master's thesis, Facultad de Medicina).
- Buela-Casal, G y Sierra, J (2009). La entrevista Clínica. En *Manual de evaluación y tratamientos Psicológicos* (pp. 41-71) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Calderón Narváez, G. (1990). Depresión. Causas, Manifestaciones y Tratamiento. *México, Trillas*.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire short form: Structure and relationship with automatic thoughts and

- symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 91-100.
- Camargo, A. y Gutiérrez, D. P. (2010). Situación mundial y nacional de las enfermedades crónicas no transmisibles: un desafío para Enfermería. *Actualizaciones en Enfermería*, 13(1), 15-17.
- Castellano, C., Osmá, J. J., Crespo, E., & Fermoselle, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. *Agora de Salud* 1. (2), 151-162. doi: 10.6035/AgoraSalut.2015.2.15
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.
- Clark, D.A. (2004). Design considerations in prevention research. En: D. Dozois y K. Dobson (2004). *The prevention of anxiety and depression. Theory, research and practice* (pp. 73-98). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clark, D.A. y Beck, A.T. (1997). El estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro, Compiladora: *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona, España: Paidós.
- Clark, A.E., & Oswald, A.J. (1994). Unhappiness and Unemployment. *Economic Journal* 104, 648-659.
- Clark, D.A. y Steer, R.A., (1996). Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. In: Salkovskis, P. (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy*. London: Guilford Press, pp. 75–96
- Congreso de la República de Colombia. (2006). Ley 1090 de 2006. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1090_2006.html

Dan, C., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., et al. (2016).

Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. Lancet Psychiatry, 3(5), 415-24.

Davidson, K., Rieckmann, N., & Lespérance, F. (2004). Psychological Theories of Depression: Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosomatic Medicine* (66)2, 165-173. doi:

10.1097/01.psy.0000116716.19848.65

Colegio Colombiano de Psicología. (2009). Código Deontológico y Bioético para el ejercicio de la Psicología en Colombia. *Bogotá, DC Javegraf*.

Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Community Psychol, 22* (6), 745-65.

Durand, M., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson.

Escobar-Perez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición, 6*, 27-36.

Estévez, A. M., & Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 25*(1), 27-35.

Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678.

- Fechner, G. T. (1860). *Elements of psychophysics*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Fernández-Ballesteros, R. (2014). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrum. Detección Orientación Diagnóstica*.
- Frankl, Viktor (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Ed. Herder.
- Freud, S. (1917) Duelo y melancolía. En *Obras Completas*, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, 1, 619-681.
- Forns, M. (1993). *Evaluación psicológica infantil*. Barcelona: Barcanova.
- Gable, R. K., & Wolf, M. B. (1993). *Instrument development in the affective domain: Measuring attitudes and values in corporate and school settings* (2nd ed.). Boston, United States of America: Kluwer Academic Publishers.
- García-Montaña, E y Serrano, M. (2018). *Diseño y Validación por jueces expertos de una guía de entrevista clínica de trastornos depresivos- ENTRADEP*. (tesis de maestría). Universidad del norte, Barranquilla, Colombia.
- García-Roncallo, P y Serrano, M. (2018). *Diseño y Validación de la Escala Multidimensional de Trastornos Afectivos - Versión 2, EMTA-II*. (tesis de maestría). Universidad del norte, Barranquilla, Colombia.

Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun., G. B., Bates, J. M., y Petrocelli, J. V. (2002).

The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 35, 2-13.

Guerra, M., Ferri, C. P., Sosa, A. L., Salas, A., Gaona, C., Gonzales, V., ... & Prince, M.

(2009). Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *The British Journal of Psychiatry*, 195(6), 510-515.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014).

Metodología de la investigación (6ta Edición). México, México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la*

Investigación (5ta Edición). México, México D.F.: Editorial McGraw Hill.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF]. (2018). *Forensis:*

Datos para la vida. Recuperado de:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>

Instituto Colombiano para el Fomento de la Educacion Superior (ICFES), Garzón, A. M.,

& de Parada, Y. G. (1999). *Recolección de la información*. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES.

Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1989). *LISREL 7: User's reference guide*. Mooresville,

IN: Scientific Software.

Kaplan, R. y Saccuzzo, D. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y*

temas. México D. F.: Thompson.

- Lamprea, J., & Gómez-Restrepo, C. (2007). Validez en la evaluación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35 (2). Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n2/v36n2a13.pdf>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Roca SA.
- Lee HC, Chiue K, Wing YK, Leung CM, Kwong PK, & Chung DWS. (1994). The Zung selfrating depression scale: screening for depression among the Hong Kong chinese elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol*;7:216-20.
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *BMJ*, 7; 317 (7168), 1283-1286.
- Londoño Pérez, C. & Alejo Castañeda, I. E. (2017). Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad. Bogotá: Universidad Católica de Colombia
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-350.
- Londoño, N. H., Schnitter, M., Marín, C., Calvete, E., Ferrer, A., Maestre, K., ... & Castrillón, D. (2012). Young Schema questionnaire-short form: validación en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 147-164.
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-386.
- Magnusson, D. (1969). *Teoría de los Tests*. México D.F.: Trillas S.A.
- McDonald, R. P. (1999). *Test Theory: A Unified Treatment*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

- Merino, C., & Livia, J. (2009). Intervalos de confianza asimétricos para el índice la validez de contenido. *Anales de psicología*, 25(1), 159-161.
- Mikulic, I., Módulo, I., y Cátedra, I. (2007). Construcción y adaptación de pruebas psicológicas. *Manuscrito inédito, Universidad de Buenos Aires, Argentina*.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia (MPS) (2015) *Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia*. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2014). *Cuenta pública: Ministerio de Salud*. Recuperado de:
http://www.minsal.cl/sites/default/files/CUENTA_PUBLICA_MINSAL_2014.pdf
- Ministerio de Salud. (2013). *Ley No. 1616*. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Mitchell, P. B., Goodwin, G. M., Johnson, G. F., & Hirschfeld, R. M. (2008). Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach. *Bipolar disorders*, 10(1p2), 144-152.
- Molero, C. S., & Saiz, E. E. y Esteban, C. (1998). *Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional*, 11-30.

Montero, I., & León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology.

International Journal of Clinical and Health Psychology, 7 (3), 847-862.

Moran, M., Martínez, S., & Mantilla, P. (2005). *Diseño de un protocolo de evaluación e intervención psicológica cognitivo conductual para pacientes con trastornos afectivos*. (Tesis de especialización). Universidad del Norte, Bucaramanga

Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*. 10(1). 1-21- Recuperado de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=138>

Muñoz, P. M., & Cáceres, J. R. C. (2008). Guías de práctica clínica (I): conceptos básicos. *Evidencias en pediatría*, 4(3), 14

Muñoz, M; Roa, A; Pérez, E; Santos-Olmo, A y De Vicente, A (2002). Instrumentos y proceso de Evaluación. En: *Instrumentos de Evaluación en Salud Mental* (pp.13-34). Madrid: Psicología Pirámide.

Neiva, K. M. C. (1996). *Manual de pruebas de inteligencia y aptitudes*. Universidad Iberoamericana.

Nezu, A., Nezu, C.M., & Perri, M.G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Depresión*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Depresión*. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Recuperado de:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Depresión*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Depresión*. Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/facsheets/fs369/es>

Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Día Mundial de la Salud 2017: Depresión, hablemos*. Recuperado de:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13015:dia-mundial-de-la-salud-2017-depresion-hablemos&Itemid=42050&lang=en

Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE]. (2015). *Manual de Frascati*. Recuperado de: <http://www.fecyt.es/fecyt/docs/tmp/1810750955.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano* (Undécima edición).

México, D.F, México: Mc Graw Hill.

Peterson, C. y Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues. A Handbook and classification*. New York: American Psychiatric Association.

Pieschacón, M. (2017). *Protocolo de intervención clínico en trastorno de estrés postraumático: Manual del terapeuta*. Madrid, España: Editorial académica española.

Plan Decenal de Salud pública (2012-2021). Documento Recuperado de:

http://salud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/departamental/2._plan_decenal_salud_publica_2012_2021.pdf

Proudfoot, J., Doran, J., Manicavasagar, V., & Parker, G. (2011). The precipitants of manic/hypomanic episodes in the context of bipolar disorder: a review. *J Affect Disord*, 133 (3), 381-387. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.051

Rehm, L. (1993). Métodos de autocontrol. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 655-683). Madrid: Siglo XXI.

Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804

Rey, C., & Guerrero-Rodríguez, S. (2011). Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1), 176-204.

Riso, W., & Ardila, R. (1992). *Depresión avance recientes de cognición y procesamiento de la información*. Colombia: Graficas

Robledo, R. y Escobar, F. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del Observatorio en Salud*, 3(4), 1-9.

Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.

- Sanz, J., & Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En: A. Belloch, B. Sandín y & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (299-340).
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66(4), 507-514.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF02296192>
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Steiger, J.H. y Lind, J. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. Comunicación presentada en el meeting anual de la Psychometric Society. Iowa City, Mayo de 1980.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. y Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores?. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15(3). 253-272.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318
- Seligman, M. E. (1974). Depression and Learned Helplessness. In R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research* (pp. 83-113). Washington DC: Winston.
- Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. Academic Press.
- Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: The use and misuse of factor analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 135-140.

- Tapia, J. A. (2011). *Evaluación psicológica: coordenadas, contextos, procesos y garantías* (No. 150.287). Editorial Universidad Autónoma de Madrid.
- Thompson, B. (1994). Guidelines for authors. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 837 – 847.
- Tovar, J. (2007). Psicometría: Test Psicométricos, confiabilidad y validez. En: Quintana, A., & Montgomery, W. (Ed). *Psicología: Tópicos de Actualidad*. Lima: UNMSM. 85-108.
- Vásquez, F., Muñoz R., & Becoña, E. (2002). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología conductual*, 8 (3), 417- 449.
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E. y López, A. (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pa cientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5(3), 575-583.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17, 365-374.
- Winokour, G. (1997). All roads lead to depression: Clinically homogeneous, etiologically heterogeneous. *Journal of Affective Disorders*, 45, 97-108.
- World Federation for Mental Health [WFMH]. (2012). *DEPRESSION: A Global Crisis*. Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Zayas, P. (2010). El rombo de las investigaciones de ciencias sociales. [Recuperado de:] <http://www.eumed.net/libros/2010e/822/Paradigma%20positivista.htm>

- Zinbarg, R. E., Yovel, I., Revelle, W., & McDonald, R. P. (2006). Estimating Generalizability to a Latent Variable Common to All of a Scale's Indicators: A Comparison of Estimators for ω_h . *Applied Psychological Measurement*, 30(2), 121-144.
- Zinbarg, R. E., Revelle, W., Yovel, I., & Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω_H : their relations with each other and two alternative conceptualizations of reliability. *Psychometrika*, 70(1), 123-133.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



Consentimiento informado para las personas que participarán en el proyecto de investigación:
Fiabilidad y validez de un "Protocolo de Evaluación Funcional de Trastornos Depresivos (PETD) en adultos"

Investigador principal: PhD. Ana Mercedes Bello Villanueva

Investigadores
ejecutores: Mg. Daniella Abello (estudiante de Doctorado)
Esp. Paola García (estudiante de Maestría)
Ps. Eileen García (estudiante de Maestría)

Naturaleza y propósito del estudio

Este estudio se orienta a la fiabilidad y validez de un protocolo de evaluación para trastornos depresivos, identificados entre los padecimientos que más aquejan la salud mental de los colombianos. El protocolo pretende a futuro, ser empleado entre los profesionales de la salud mental para la realización de procesos de evaluación y diagnóstico de una manera más eficiente y oportuna, facilitando así tanto el trabajo de los profesionales como el camino a la sanación de los pacientes. Los protocolos psicológicos de carácter clínico son definidos como un conjunto de recomendaciones que ayudan a los profesionales a tomar decisiones sobre cuál es la asistencia más apropiada en circunstancias clínicas específicas, constituyéndose como una de las herramientas más útiles dentro del ejercicio psicológico. En Colombia no se cuenta con un protocolo de evaluación para trastornos depresivos que responda a las características y particularidades de sus habitantes.

Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio se le solicitará responder a una serie de preguntas y afirmaciones asociadas con su estado de ánimo y elementos asociado a este, para posteriormente permitir el uso de esta información por parte del investigador con fines científicos y académicos. Además, le pedimos permiso para ser contactado por el investigador y ser entrevistado una o dos veces.

Riesgos asociados a su participación en el estudio

La participación en este estudio no representa ningún riesgo significativo para usted, debido a que este se clasifica como una "investigación con riesgo mínimo" de acuerdo la resolución 008430 de 1993 en donde solo se recolectará información personal sin ejercer ningún tipo de invasión o manipulación de su conducta como persona.

Beneficios de su participación en el estudio

Participar en el estudio no generará un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos del estudio podrán ser de gran beneficio futuro para la salud mental de muchas personas y la labor científica de los investigadores del país.

Voluntariedad

Su participación en este estudio es voluntaria. Si decide no participar o retirarse del estudio en cualquier momento, aun cuando haya iniciado su participación en el estudio puede hacerlo sin que tenga repercusión alguna

Confidencialidad

Si usted decide participar en este estudio, se le garantiza que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, sus datos personales no serán publicados ni revelados, el investigador principal se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

Compartir los resultados

Una vez la investigación genere resultados concluyentes, estos podrían ser socializados en un informe de investigación, en revistas científicas, o en eventos científicos como congresos, pero en ningún momento se revelará o publicará su información personal de forma particular en cumplimiento de los términos de confidencialidad descritos anteriormente.

Contactos

Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador principal Ana Mercedes Bello Villanueva al teléfono 3004805493 o al correo electrónico ambellov@yahoo.com o dabello1@cuc.edu.co

Autorización

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio. Para constancia, firmo a los ____ días, del mes de _____ del año ____.

Firma y cedula del participante

Declaración del investigador

Yo certifico que se le ha explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, se le ha leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Firma y cedula: _____

Anexo 2. Comité de Ética



Comité de Ética en investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

ACTA DE EVALUACION: N° 130
Fecha: 09 Julio 2015

Nombre Completo del Proyecto: "DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEPRESIVOS"

Sometido por: Dra Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D. Oscar Hernando Oviedo Trespalacios, Dr Jorge Enrique Palacio Sañudo, Mg. Daniela Abello Luque, Esp. Paola García y Ps. Fileen García.

Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación: En el departamento del Atlántico.

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 09 Julio 2015

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- Carta de presentación del proyecto generada por el Investigador
- Copia del proyecto completo de investigación
- Resumen ejecutivo
- Formato de recolección de datos
- Consentimiento Informado
- Hojas de vida del Investigador Principal y Co-Investigadores.

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por los siguientes miembros:

- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud



- Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad

3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya *quórum* es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS
Profesión: PhD en Psicología
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO
Profesión: MD. Especialista en Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ
Profesión: Administradora de empresas
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Q.F. RICARDO AVILA
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dra. NELLY LECOMPTE BELTRAN
Profesión: MD. Pediatra
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO
Profesión: Ingeniero Mecánico
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ
Profesión: Administrador de empresas

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud



- Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES
Profesión: MD. Mg. Ciencias Clínicas
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS
Profesión: Psicólogo. Phd en comportamiento social y organizacional.
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Enf. DIANA DÍAZ MASS
Profesión: Enfermera
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Q.F. MICHAEL MACIAS
Profesión: Químico Farmacéutico
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química (Suplente)
- Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN
Profesión: Abogada
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS
Profesión: Ingeniero Mecánico. Phd Ingeniero Biomédico
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

Contactos:

Correo electrónico: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. el comité considero que el presente estudio:

- b. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

5. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informara inmediatamente a las directivas institucionales:

- c. Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética.
- d. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

6. El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:

- c. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la Investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas cuando aplique.
- d. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas CE_versión 18 ENERO 29 de 2015 literal seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación.





8. el Investigador principal deberá:

- f. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- g. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- h. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- i. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- j. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

9. Concepto del Comité de Ética

a. Aprobación de los documentos relacionados, que serán refrendados en la reunión ordinaria del comité de ética el día 30 de Julio del 2015:

- Carta de presentación del proyecto generada por el Investigador
- Copia del proyecto completo de investigación
- Resumen ejecutivo
- Formato de recolección de datos
- Consentimiento Informado
- Hojas de vida del Investigador Principal y Co-Investigadores.

Atentamente,

Nombre: GLORIA VISBAL ILLERA

Título: Enfermera, Mg. Bioética

Cargo: Presidenta Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte.

UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

Anexo 3

Ver Documento adjunto en PDF (Protocolo PETD)

Anexo 4

Tabla 1

EMTA-II, subescalas y factores

| Descripción | Ítems | X | DT |
|--|---|-------|-------|
| Subescala de Depresión | 1 – 42 | 70,91 | 16,20 |
| F1. Invarianza de sucesos negativos y autoreferencia negativa derivada: Atención selectiva de contenido depresivo, inutilidad, desesperanza, insatisfacción y frustración. | 2, 19, 20, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33 | 19,33 | 5,71 |
| F2. Modo suicida: Pensamiento de muerte, ideación suicida, planificación suicida, conductas parasuicidas e intentos de suicidio. | 11, 12, 13, 14, 21, 22, 23 y 24 | 10,07 | 3,02 |
| F3. Baja de reactividad y deficiencias en el autoreforzo: Fatiga, apatía, anhedonia y dificultades en la perseverancia de actividad autodirigida. | 39, 40, 41 y 42 | 6,41 | 2,35 |
| F4. Decremento de la flexibilidad cognitiva: Autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, y problemas en el contacto social. | 8, 9, 10 y 34 | 7,30 | 2,28 |
| F5. Decremento de la actividad psicomotora: Parquedad en la expresión y enlentecimiento de la actividad, la fluidez verbal y psicomotora. | 16, 17 y 18 | 5,44 | 1,80 |
| F6. Alteraciones psicosomáticas: Alteración del peso, el apetito y el patrón del sueño | 35, 36, 37 y 38 | 6,89 | 2,31 |
| F7. Dificultades en las funciones ejecutivas: Déficit atencionales y dificultades en la planificación futura, en la fluidez ideatoria y en la toma de decisiones | 1, 3, 4, 5, 6 y 7 | 11,18 | 2,76 |
| F8. Manifestaciones de tristeza: Sentimiento de tristeza y llanto fácil | 25 y 15 | 4,29 | 1,43 |
| Subescala de Manía/Hipomanía | 1 – 46 | 78,10 | 16,75 |
| F1. Desregularización emocional: Labilidad emocional, irritabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, hostilidad, conducta | 11, 15, 16, 17, 28, 34, 35, 36, 38, 39, 40 y 41 | 22,32 | 6,14 |

| | | | |
|--|------------------------------|-------|-------|
| verbal errática, inestabilidad en las relaciones. | | | |
| F2. Afecciones de las funciones ejecutivas 1 (Alteraciones procesuales): Aceleración del pensamiento y fuga de ideas. | 1, 2, 3 y 4 | 7,23 | 2,31 |
| F3. Agitación psicomotora: Aceleración de movimientos, inquietud motora, manierismos y gesticulación excesiva. | 23, 24, 25, 26 y 27 | 9,00 | 2,87 |
| F4. Afecciones de las funciones ejecutivas 2 (Déficits atencionales y de inhibición de estímulos): Distraibilidad, seguimiento incompleto de instrucciones y aumento de la actividad sin objetivo. | 5, 6, 7 y 21 | 6,68 | 2,07 |
| F5. Alteraciones en la fluidez verbal: Verborrea. | 10, 12, 13 y 14 | 7,19 | 2,33 |
| F6. Alteraciones del estado de ánimo 1: Estado de ánimo elevado y expansivo. | 21, 32 y 33 | 5,22 | 1,78 |
| F7. Excesiva implicación en actividades: Aumento de la actividad intencionada. | 18, 19, 20 y 30 | 6,98 | 1,92 |
| F8. Alteraciones de la sexualidad: Aumento de las fantasías sexuales y el impulso sexual. | 8, 45 y 46 | 5,15 | 1,84 |
| F9. Modo suicida: Pensamientos suicidas, actividades de riesgo y conductas parasuicidas. | 9, 22 y 23 | 3,67 | 1,10 |
| F10. Alteraciones psicósomáticas 1: Alteración del apetito y el peso. | 43 y 44 | 3,13 | 1,22 |
| F10. Alteraciones psicósomáticas 2: Alteración del sueño. | 42 | 1,52 | 0,74 |
| Subescala de Estilos Cognitivos Unipolares y Bipolares. | 1 – 34 | 53,11 | 13,15 |
| F1. Estilos atribucionales desadaptativos: Percepción de sucesos negativos estables, globales y reiterativos, inferencia negativa de sí mismo y evaluación negativa de la vida. | 1, 2, 3, 5, 12, 15, 16 y 17 | 12,87 | 3,99 |
| F2. Visión negativa del yo (endógena) y el futuro: Unipolar: Pensamientos de fracaso, defectuosidad y baja autoeficacia percibida | 6, 7, 8, 10, 19, 20, 29 y 30 | 11,78 | 4,16 |

| | | | | |
|---|-----------------|-------|------|--|
| Bipolar: Pensamientos de incompetencia y defectuosidad (visión autonómica). | | | | |
| F3. Visión negativa del yo (exógena) y de otros: Unipolar: Pensamientos de defectuosidad percibida por el otro, desamo, rechazo y riesgo de abandono. | 9, 11, 13 y 14 | 8,24 | 2,91 | |
| F4. Autoreferencia excesivamente positiva: Bipolar: Alta autoeficacia percibida, alta autoimagen y delirios de grandeza. | 21, 22 y 23 | 4,97 | 1,85 | |
| F5. Visión del otro como exigente y desaprobador: Bipolar: Percepción de exigencias desproporcionadas del otro y susceptibilidad al rechazo personal (visión sociotrópica). | 18, 28, 31 y 32 | 7,71 | 2,41 | |
| F6. Inflexibilidad en la autoevaluación: Bipolar: Elevada autocrítica y auto exigencia. | 24, 25 y 26 | 4,76 | 1,70 | |
| F7. Visión del otro como amenaza: Bipolar: Pensamientos de dependencia y desconfianza. | 27, 33 y 34 | 40,10 | 1,28 | |

Subescala de manía: Latent Variables:

Estimate Std.Err z-value P(>|z|)

F1 =~

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| SUBESCMANHIP11 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP15 | 0.645 | 0.116 | 5.551 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP16 | 0.980 | 0.150 | 6.524 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP17 | 1.161 | 0.161 | 7.233 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP28 | 1.124 | 0.168 | 6.707 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP34 | 1.280 | 0.177 | 7.225 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP35 | 1.296 | 0.176 | 7.353 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP36 | 1.290 | 0.187 | 6.907 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP38 | 1.132 | 0.166 | 6.831 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP39 | 0.603 | 0.105 | 5.736 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP40 | 0.908 | 0.132 | 6.861 | 0.000 |

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| SUBESCMANHIP41 | 1.156 | 0.182 | 6.356 | 0.000 |
| F2 =~ | | | | |
| SUBESCMANHIP1 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP2 | 1.207 | 0.191 | 6.325 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP3 | 1.103 | 0.180 | 6.131 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP4 | 1.462 | 0.217 | 6.749 | 0.000 |
| F3 =~ | | | | |
| SUBESCMANHIP23 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP24 | 1.489 | 0.378 | 3.937 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP25 | 1.241 | 0.337 | 3.679 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP26 | 1.492 | 0.381 | 3.913 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP27 | 0.856 | 0.271 | 3.158 | 0.002 |
| F4 =~ | | | | |
| SUBESCMANHIP5 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP6 | 1.138 | 0.130 | 8.769 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP7 | 0.742 | 0.130 | 5.728 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP21 | 0.472 | 0.118 | 3.991 | 0.000 |
| F5 =~ | | | | |
| SUBESCMANHIP10 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP12 | 1.183 | 0.192 | 6.150 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP13 | 0.765 | 0.150 | 5.093 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP14 | 1.096 | 0.172 | 6.383 | 0.000 |
| F6 =~ | | | | |
| SUBESCMANHIP31 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP33 | 0.878 | 0.152 | 5.775 | 0.000 |
| F7 =~ | | | | |
| SUBESCMANHIP18 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP19 | 0.479 | 0.127 | 3.782 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP20 | 0.628 | 0.096 | 6.543 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP30 | 0.567 | 0.087 | 6.524 | 0.000 |

F8 =~

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| SUBESCMANHIP8 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP45 | 1.898 | 0.466 | 4.074 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP46 | 0.720 | 0.221 | 3.251 | 0.001 |

F9 =~

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| SUBESCMANHIP9 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP22 | 0.401 | 0.139 | 2.893 | 0.004 |
| SUBESCMANHIP23 | 0.319 | 0.181 | 1.760 | 0.078 |

F10 =~

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| SUBESCMANHIP43 | 1.000 | | | |
| SUBESCMANHIP44 | 1.528 | 0.250 | 6.118 | 0.000 |
| SUBESCMANHIP42 | 0.944 | 0.170 | 5.542 | 0.0 |

Tabla 2.**Covariaciones subescala de Manía: Covariances**

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|-------|----------|---------|---------|---------|
| F1 ~~ | | | | |
| F2 | 0.251 | 0.063 | 4.012 | 0.000 |
| F3 | 0.243 | 0.078 | 3.097 | 0.002 |
| F4 | 0.318 | 0.074 | 4.328 | 0.000 |
| F5 | 0.319 | 0.076 | 4.181 | 0.000 |
| F6 | 0.267 | 0.061 | 4.376 | 0.000 |
| F7 | 0.464 | 0.100 | 4.623 | 0.000 |
| F8 | 0.089 | 0.037 | 2.423 | 0.015 |
| F9 | 0.357 | 0.077 | 4.635 | 0.000 |
| F10 | 0.279 | 0.069 | 4.060 | 0.000 |
| F2 ~~ | | | | |
| F3 | 0.230 | 0.073 | 3.158 | 0.002 |
| F4 | 0.351 | 0.076 | 4.629 | 0.000 |
| F5 | 0.252 | 0.065 | 3.882 | 0.000 |

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| F6 | 0.225 | 0.055 | 4.104 | 0.000 |
| F7 | 0.408 | 0.091 | 4.507 | 0.000 |
| F8 | 0.045 | 0.030 | 1.503 | 0.133 |
| F9 | 0.236 | 0.063 | 3.753 | 0.000 |
| F10 | 0.212 | 0.058 | 3.682 | 0.000 |
| F3 ~~ | | | | |
| F4 | 0.218 | 0.072 | 3.025 | 0.002 |
| F5 | 0.186 | 0.066 | 2.828 | 0.005 |
| F6 | 0.212 | 0.066 | 3.201 | 0.001 |
| F7 | 0.361 | 0.110 | 3.283 | 0.001 |
| F8 | 0.070 | 0.034 | 2.073 | 0.038 |
| F9 | 0.249 | 0.076 | 3.262 | 0.001 |
| F10 | 0.200 | 0.069 | 2.908 | 0.004 |
| F4 ~~ | | | | |
| F5 | 0.294 | 0.073 | 4.011 | 0.000 |
| F6 | 0.209 | 0.058 | 3.633 | 0.000 |
| F7 | 0.404 | 0.093 | 4.326 | 0.000 |
| F8 | 0.083 | 0.039 | 2.135 | 0.033 |
| F9 | 0.251 | 0.070 | 3.592 | 0.000 |
| F10 | 0.284 | 0.070 | 4.068 | 0.000 |
| F5 ~~ | | | | |
| F6 | 0.208 | 0.057 | 3.614 | 0.000 |
| F7 | 0.402 | 0.096 | 4.203 | 0.000 |
| F8 | 0.091 | 0.039 | 2.316 | 0.021 |
| F9 | 0.235 | 0.068 | 3.437 | 0.001 |
| F10 | 0.289 | 0.072 | 4.001 | 0.000 |
| F6 ~~ | | | | |
| F7 | 0.455 | 0.088 | 5.158 | 0.000 |
| F8 | 0.131 | 0.043 | 3.036 | 0.002 |
| F9 | 0.207 | 0.059 | 3.491 | 0.000 |

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| F10 | 0.216 | 0.056 | 3.870 | 0.000 |
| F7 ~~ | | | | |
| F8 | 0.118 | 0.051 | 2.314 | 0.021 |
| F9 | 0.413 | 0.094 | 4.381 | 0.000 |
| F10 | 0.354 | 0.087 | 4.066 | 0.000 |
| F8 ~~ | | | | |
| F9 | 0.072 | 0.040 | 1.810 | 0.070 |
| F10 | 0.111 | 0.041 | 2.702 | 0.007 |
| F9 ~~ | | | | |
| F10 | 0.356 | 0.077 | 4.593 | 0.000 |

Tabla 3. Variances: subescala de manía

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|-----------------|----------|---------|---------|---------|
| .SUBESCMANHIP11 | 0.583 | 0.083 | 6.993 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP15 | 0.290 | 0.041 | 7.029 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP16 | 0.330 | 0.048 | 6.840 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP17 | 0.229 | 0.035 | 6.458 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP28 | 0.370 | 0.055 | 6.776 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP34 | 0.281 | 0.043 | 6.465 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP35 | 0.244 | 0.039 | 6.329 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP36 | 0.404 | 0.060 | 6.686 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP38 | 0.335 | 0.050 | 6.723 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP39 | 0.224 | 0.032 | 7.005 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP40 | 0.210 | 0.031 | 6.709 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP41 | 0.525 | 0.076 | 6.887 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP1 | 0.454 | 0.068 | 6.667 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP2 | 0.451 | 0.071 | 6.381 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP3 | 0.438 | 0.067 | 6.509 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP4 | 0.457 | 0.077 | 5.940 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP23 | 0.422 | 0.067 | 6.337 | 0.000 |

| | | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| .SUBESCMANHIP24 | 0.321 | 0.060 | 5.323 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP25 | 0.601 | 0.092 | 6.538 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP26 | 0.379 | 0.067 | 5.620 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP27 | 0.755 | 0.109 | 6.959 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP5 | 0.361 | 0.060 | 5.986 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP6 | 0.218 | 0.050 | 4.392 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP7 | 0.538 | 0.079 | 6.774 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP21 | 0.542 | 0.077 | 7.037 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP10 | 0.566 | 0.088 | 6.416 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP12 | 0.506 | 0.085 | 5.935 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP13 | 0.475 | 0.071 | 6.663 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP14 | 0.347 | 0.062 | 5.583 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP31 | 0.283 | 0.054 | 5.218 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP33 | 0.434 | 0.067 | 6.504 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP18 | 0.624 | 0.099 | 6.325 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP19 | 0.955 | 0.133 | 7.157 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP20 | 0.382 | 0.056 | 6.767 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP30 | 0.315 | 0.047 | 6.773 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP8 | 0.415 | 0.066 | 6.313 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP45 | 0.170 | 0.107 | 1.584 | 0.113 |
| .SUBESCMANHIP46 | 0.411 | 0.060 | 6.813 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP9 | 0.361 | 0.097 | 3.719 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP22 | 0.766 | 0.107 | 7.185 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP43 | 0.542 | 0.081 | 6.696 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP44 | 0.573 | 0.100 | 5.726 | 0.000 |
| .SUBESCMANHIP42 | 0.376 | 0.058 | 6.497 | 0.000 |
| F1 | 0.397 | 0.111 | 3.573 | 0.000 |
| F2 | 0.328 | 0.092 | 3.563 | 0.000 |
| F3 | 0.263 | 0.130 | 2.025 | 0.043 |
| F4 | 0.484 | 0.111 | 4.354 | 0.000 |

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F5 | 0.405 | 0.117 | 3.474 | 0.001 |
| F6 | 0.254 | 0.074 | 3.455 | 0.001 |
| F7 | 0.679 | 0.166 | 4.101 | 0.000 |
| F8 | 0.154 | 0.063 | 2.462 | 0.014 |
| F9 | 0.366 | 0.121 | 3.029 | 0.002 |
| F10 | 0.314 | 0.097 | 3.246 | 0.001 |

Tabla 4.**Subescala de depresión factores: Latent Variables**

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|-------------|----------|---------|---------|---------|
| F1 =~ | | | | |
| SUBESCDEP2 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP19 | 1.038 | 0.102 | 10.189 | 0.000 |
| SUBESCDEP20 | 0.994 | 0.102 | 9.749 | 0.000 |
| SUBESCDEP26 | 0.965 | 0.104 | 9.319 | 0.000 |
| SUBESCDEP27 | 1.063 | 0.114 | 9.347 | 0.000 |
| SUBESCDEP28 | 1.102 | 0.105 | 10.469 | 0.000 |
| SUBESCDEP29 | 1.189 | 0.114 | 10.404 | 0.000 |
| SUBESCDEP30 | 1.118 | 0.107 | 10.419 | 0.000 |
| SUBESCDEP31 | 1.007 | 0.101 | 9.923 | 0.000 |
| SUBESCDEP32 | 1.008 | 0.108 | 9.288 | 0.000 |
| SUBESCDEP33 | 0.872 | 0.113 | 7.731 | 0.000 |
| F2 =~ | | | | |
| SUBESCDEP11 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP12 | 0.956 | 0.089 | 10.792 | 0.000 |
| SUBESCDEP13 | 0.947 | 0.104 | 9.107 | 0.000 |
| SUBESCDEP14 | 0.876 | 0.101 | 8.710 | 0.000 |
| SUBESCDEP21 | 0.954 | 0.096 | 9.953 | 0.000 |
| SUBESCDEP22 | 0.459 | 0.074 | 6.174 | 0.000 |
| SUBESCDEP23 | 0.391 | 0.083 | 4.725 | 0.000 |

| | | | | |
|-------------|-------|-------|--------|-------|
| SUBESCDEP24 | 0.401 | 0.083 | 4.845 | 0.000 |
| F3 =~ | | | | |
| SUBESCDEP39 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP40 | 1.009 | 0.093 | 10.868 | 0.000 |
| SUBESCDEP41 | 1.052 | 0.096 | 10.958 | 0.000 |
| SUBESCDEP42 | 0.924 | 0.093 | 9.918 | 0.000 |
| F4 =~ | | | | |
| SUBESCDEP8 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP9 | 0.916 | 0.108 | 8.449 | 0.000 |
| SUBESCDEP10 | 1.090 | 0.120 | 9.082 | 0.000 |
| SUBESCDEP34 | 1.007 | 0.104 | 9.674 | 0.000 |
| F5 =~ | | | | |
| SUBESCDEP16 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP17 | 1.316 | 0.173 | 7.592 | 0.000 |
| SUBESCDEP18 | 1.373 | 0.186 | 7.379 | 0.000 |
| F6 =~ | | | | |
| SUBESCDEP35 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP36 | 0.815 | 0.150 | 5.427 | 0.000 |
| SUBESCDEP37 | 1.066 | 0.149 | 7.155 | 0.000 |
| SUBESCDEP38 | 1.241 | 0.166 | 7.461 | 0.000 |
| F7 =~ | | | | |
| SUBESCDEP1 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP3 | 0.990 | 0.095 | 10.424 | 0.000 |
| SUBESCDEP4 | 1.084 | 0.089 | 12.199 | 0.000 |
| SUBESCDEP5 | 0.542 | 0.079 | 6.906 | 0.000 |
| SUBESCDEP6 | 0.611 | 0.089 | 6.873 | 0.000 |
| SUBESCDEP7 | 0.832 | 0.086 | 9.729 | 0.000 |
| F8 =~ | | | | |
| SUBESCDEP25 | 1.000 | | | |
| SUBESCDEP15 | 0.684 | 0.078 | 8.792 | 0.000 |

Tabla 5.**Covariance subescala de depresión**

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|-------|----------|---------|---------|---------|
| F1 ~~ | | | | |
| F2 | 0.540 | 0.103 | 5.223 | 0.000 |
| F3 | 0.597 | 0.108 | 5.547 | 0.000 |
| F4 | 0.602 | 0.108 | 5.569 | 0.000 |
| F5 | 0.366 | 0.074 | 4.936 | 0.000 |
| F6 | 0.459 | 0.099 | 4.620 | 0.000 |
| F7 | 0.686 | 0.122 | 5.610 | 0.000 |
| F8 | 0.756 | 0.128 | 5.931 | 0.000 |
| F2 ~~ | | | | |
| F3 | 0.429 | 0.091 | 4.705 | 0.000 |
| F4 | 0.527 | 0.100 | 5.253 | 0.000 |
| F5 | 0.287 | 0.065 | 4.415 | 0.000 |
| F6 | 0.337 | 0.086 | 3.932 | 0.000 |
| F7 | 0.507 | 0.104 | 4.856 | 0.000 |
| F8 | 0.573 | 0.113 | 5.088 | 0.000 |
| F3 ~~ | | | | |
| F4 | 0.575 | 0.103 | 5.562 | 0.000 |
| F5 | 0.358 | 0.072 | 4.949 | 0.000 |
| F6 | 0.470 | 0.100 | 4.707 | 0.000 |
| F7 | 0.700 | 0.122 | 5.754 | 0.000 |
| F8 | 0.703 | 0.121 | 5.822 | 0.000 |
| F4 ~~ | | | | |
| F5 | 0.376 | 0.074 | 5.058 | 0.000 |
| F6 | 0.492 | 0.102 | 4.817 | 0.000 |
| F7 | 0.662 | 0.117 | 5.634 | 0.000 |
| F8 | 0.716 | 0.121 | 5.898 | 0.000 |
| F5 ~~ | | | | |

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| F6 | 0.265 | 0.065 | 4.107 | 0.000 |
| F7 | 0.398 | 0.081 | 4.941 | 0.000 |
| F8 | 0.471 | 0.089 | 5.302 | 0.000 |
| F6 ~~ | | | | |
| F7 | 0.532 | 0.112 | 4.735 | 0.000 |
| F8 | 0.608 | 0.122 | 4.979 | 0.000 |
| F7 ~~ | | | | |
| F8 | 0.801 | 0.136 | 5.885 | 0.000 |

Tabla 6.
Variances sub escala de depresión

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|--------------|----------|---------|---------|---------|
| .SUBESCDEP2 | 0.410 | 0.059 | 6.950 | 0.000 |
| .SUBESCDEP19 | 0.242 | 0.036 | 6.730 | 0.000 |
| .SUBESCDEP20 | 0.280 | 0.041 | 6.831 | 0.000 |
| .SUBESCDEP26 | 0.325 | 0.047 | 6.903 | 0.000 |
| .SUBESCDEP27 | 0.389 | 0.056 | 6.899 | 0.000 |
| .SUBESCDEP28 | 0.232 | 0.035 | 6.643 | 0.000 |
| .SUBESCDEP29 | 0.281 | 0.042 | 6.665 | 0.000 |
| .SUBESCDEP30 | 0.246 | 0.037 | 6.660 | 0.000 |
| .SUBESCDEP31 | 0.263 | 0.039 | 6.795 | 0.000 |
| .SUBESCDEP32 | 0.360 | 0.052 | 6.908 | 0.000 |
| .SUBESCDEP33 | 0.527 | 0.075 | 7.057 | 0.000 |
| .SUBESCDEP11 | 0.405 | 0.062 | 6.523 | 0.000 |
| .SUBESCDEP12 | 0.118 | 0.023 | 5.024 | 0.000 |
| .SUBESCDEP13 | 0.318 | 0.050 | 6.423 | 0.000 |
| .SUBESCDEP14 | 0.327 | 0.050 | 6.558 | 0.000 |
| .SUBESCDEP21 | 0.208 | 0.035 | 5.976 | 0.000 |
| .SUBESCDEP22 | 0.265 | 0.038 | 6.992 | 0.000 |
| .SUBESCDEP23 | 0.375 | 0.053 | 7.098 | 0.000 |

| | | | | |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| .SUBESCDEP24 | 0.370 | 0.052 | 7.092 | 0.000 |
| .SUBESCDEP39 | 0.332 | 0.051 | 6.534 | 0.000 |
| .SUBESCDEP40 | 0.204 | 0.034 | 6.042 | 0.000 |
| .SUBESCDEP41 | 0.211 | 0.035 | 5.982 | 0.000 |
| .SUBESCDEP42 | 0.263 | 0.041 | 6.480 | 0.000 |
| .SUBESCDEP8 | 0.390 | 0.054 | 7.205 | 0.000 |
| .SUBESCDEP9 | 0.402 | 0.055 | 7.256 | 0.000 |
| .SUBESCDEP10 | 0.430 | 0.060 | 7.179 | 0.000 |
| .SUBESCDEP34 | 0.276 | 0.039 | 7.031 | 0.000 |
| .SUBESCDEP16 | 0.308 | 0.046 | 6.648 | 0.000 |
| .SUBESCDEP17 | 0.208 | 0.037 | 5.546 | 0.000 |
| .SUBESCDEP18 | 0.276 | 0.047 | 5.904 | 0.000 |
| .SUBESCDEP35 | 0.672 | 0.103 | 6.534 | 0.000 |
| .SUBESCDEP36 | 0.684 | 0.101 | 6.772 | 0.000 |
| .SUBESCDEP37 | 0.327 | 0.059 | 5.580 | 0.000 |
| .SUBESCDEP38 | 0.307 | 0.064 | 4.830 | 0.000 |
| .SUBESCDEP1 | 0.403 | 0.061 | 6.630 | 0.000 |
| .SUBESCDEP3 | 0.337 | 0.052 | 6.526 | 0.000 |
| .SUBESCDEP4 | 0.164 | 0.031 | 5.379 | 0.000 |
| .SUBESCDEP5 | 0.384 | 0.055 | 7.037 | 0.000 |
| .SUBESCDEP6 | 0.494 | 0.070 | 7.039 | 0.000 |
| .SUBESCDEP7 | 0.316 | 0.047 | 6.700 | 0.000 |
| .SUBESCDEP25 | 0.065 | 0.057 | 1.139 | 0.255 |
| .SUBESCDEP15 | 0.538 | 0.079 | 6.798 | 0.000 |
| F1 | 0.650 | 0.136 | 4.762 | 0.000 |
| F2 | 0.651 | 0.138 | 4.722 | 0.000 |
| F3 | 0.640 | 0.128 | 4.982 | 0.000 |
| F4 | 0.577 | 0.123 | 4.703 | 0.000 |
| F5 | 0.263 | 0.069 | 3.809 | 0.000 |
| F6 | 0.546 | 0.148 | 3.703 | 0.000 |

| | | | | |
|----|-------|-------|-------|-------|
| F7 | 0.816 | 0.161 | 5.060 | 0.000 |
| F8 | 1.079 | 0.168 | 6.418 | 0.000 |

Tabla 7.
Subescala de estilos cognitivos

Latent Variables:

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|----------------|----------|---------|---------|---------|
| F1 =~ | | | | |
| SUBESCESTCOG1 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG2 | 1.935 | 0.445 | 4.351 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG3 | 2.022 | 0.462 | 4.374 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG5 | 1.793 | 0.424 | 4.224 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG12 | 1.584 | 0.396 | 4.002 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG15 | 2.085 | 0.502 | 4.154 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG16 | 1.741 | 0.455 | 3.829 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG17 | 2.234 | 0.515 | 4.338 | 0.000 |
| F2 =~ | | | | |
| SUBESCESTCOG6 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG7 | 1.035 | 0.089 | 11.639 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG8 | 0.960 | 0.101 | 9.499 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG10 | 0.855 | 0.105 | 8.132 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG19 | 0.856 | 0.118 | 7.280 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG20 | 0.854 | 0.120 | 7.141 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG29 | 0.382 | 0.172 | 2.217 | 0.027 |
| SUBESCESTCOG30 | 0.810 | 0.127 | 6.394 | 0.000 |
| F3 =~ | | | | |

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| SUBESCESTCOG9 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG11 | 1.499 | 0.343 | 4.375 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG13 | 0.981 | 0.136 | 7.207 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG14 | 1.354 | 0.173 | 7.840 | 0.000 |
| F4 =~ | | | | |
| SUBESCESTCOG21 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG22 | 0.602 | 0.108 | 5.570 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG23 | 0.810 | 0.139 | 5.818 | 0.000 |
| F5 =~ | | | | |
| SUBESCESTCOG18 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG28 | 0.973 | 0.176 | 5.519 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG31 | 1.140 | 0.162 | 7.035 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG32 | 1.054 | 0.196 | 5.387 | 0.000 |
| F6 =~ | | | | |
| SUBESCESTCOG24 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG25 | 1.218 | 0.230 | 5.284 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG26 | 1.368 | 0.224 | 6.108 | 0.000 |
| F7 =~ | | | | |
| SUBESCESTCOG27 | 1.000 | | | |
| SUBESCESTCOG33 | 1.353 | 0.311 | 4.355 | 0.000 |
| SUBESCESTCOG34 | 1.518 | 0.390 | 3.890 | 0.000 |

Tabla 8.
Covariances: subescala de estilos cognitivos

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|-------|----------|---------|---------|---------|
| F1 ~~ | | | | |
| F2 | 0.309 | 0.081 | 3.821 | 0.000 |
| F3 | 0.230 | 0.065 | 3.551 | 0.000 |
| F4 | -0.013 | 0.039 | -0.319 | 0.750 |
| F5 | 0.233 | 0.065 | 3.553 | 0.000 |

| | | | | |
|-------|--------|-------|--------|-------|
| F6 | 0.116 | 0.042 | 2.790 | 0.005 |
| F7 | 0.099 | 0.038 | 2.613 | 0.009 |
| F2 ~~ | | | | |
| F3 | 0.483 | 0.096 | 5.045 | 0.000 |
| F4 | -0.067 | 0.084 | -0.795 | 0.427 |
| F5 | 0.488 | 0.097 | 5.040 | 0.000 |
| F6 | 0.207 | 0.070 | 2.955 | 0.003 |
| F7 | 0.227 | 0.070 | 3.221 | 0.001 |
| F3 ~~ | | | | |
| F4 | -0.050 | 0.070 | -0.718 | 0.472 |
| F5 | 0.386 | 0.086 | 4.515 | 0.000 |
| F6 | 0.160 | 0.060 | 2.695 | 0.007 |
| F7 | 0.172 | 0.059 | 2.935 | 0.003 |
| F4 ~~ | | | | |
| F5 | 0.112 | 0.078 | 1.429 | 0.153 |
| F6 | 0.362 | 0.093 | 3.884 | 0.000 |
| F7 | 0.259 | 0.082 | 3.166 | 0.002 |
| F5 ~~ | | | | |
| F6 | 0.326 | 0.080 | 4.102 | 0.000 |
| F7 | 0.287 | 0.078 | 3.680 | 0.000 |
| F6 ~~ | | | | |
| F7 | 0.294 | 0.079 | 3.722 | 0.000 |

Tabla 9.
Variances estilos cognitivos

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|----------------|----------|---------|---------|---------|
| .SUBESCESTCOG1 | 0.642 | 0.090 | 7.134 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG2 | 0.424 | 0.063 | 6.719 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG3 | 0.430 | 0.064 | 6.675 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG5 | 0.512 | 0.074 | 6.876 | 0.000 |

| | | | | |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| .SUBESCESTCOG12 | 0.629 | 0.090 | 7.006 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG15 | 0.811 | 0.117 | 6.929 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG16 | 1.011 | 0.143 | 7.059 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG17 | 0.587 | 0.087 | 6.740 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG6 | 0.269 | 0.044 | 6.161 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG7 | 0.229 | 0.039 | 5.863 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG8 | 0.426 | 0.064 | 6.614 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG10 | 0.536 | 0.078 | 6.839 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG19 | 0.722 | 0.104 | 6.935 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG20 | 0.754 | 0.109 | 6.948 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG29 | 1.949 | 0.271 | 7.191 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG30 | 0.891 | 0.127 | 7.012 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG9 | 0.501 | 0.077 | 6.500 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG11 | 3.754 | 0.536 | 7.001 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG13 | 0.270 | 0.046 | 5.914 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG14 | 0.267 | 0.058 | 4.604 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG21 | 0.572 | 0.121 | 4.730 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG22 | 0.360 | 0.062 | 5.801 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG23 | 0.530 | 0.097 | 5.461 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG18 | 0.502 | 0.078 | 6.409 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG28 | 0.922 | 0.134 | 6.857 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG31 | 0.521 | 0.085 | 6.135 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG32 | 1.166 | 0.169 | 6.887 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG24 | 0.528 | 0.085 | 6.208 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG25 | 0.973 | 0.151 | 6.427 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG26 | 0.636 | 0.115 | 5.508 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG27 | 0.762 | 0.112 | 6.813 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG33 | 0.699 | 0.116 | 6.032 | 0.000 |
| .SUBESCESTCOG34 | 1.552 | 0.231 | 6.726 | 0.000 |
| F1 | 0.144 | 0.064 | 2.242 | 0.025 |

| | | | | |
|----|-------|-------|-------|-------|
| F2 | 0.679 | 0.128 | 5.299 | 0.000 |
| F3 | 0.447 | 0.117 | 3.837 | 0.000 |
| F4 | 0.713 | 0.184 | 3.876 | 0.000 |
| F5 | 0.473 | 0.121 | 3.899 | 0.000 |
| F6 | 0.385 | 0.112 | 3.436 | 0.001 |
| F7 | 0.223 | 0.094 | 2.374 | 0.018 |

Tabla 10.
Factores YSQ

Latent Variables:

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|---------------|----------|---------|---------|---------|
| F1 =~ | | | | |
| YOUNGSCHQSF29 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF36 | 0.473 | 0.098 | 4.813 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF50 | 0.913 | 0.098 | 9.326 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF57 | 0.287 | 0.104 | 2.751 | 0.006 |
| YOUNGSCHQSF63 | 0.454 | 0.099 | 4.598 | 0.000 |
| F2 =~ | | | | |
| YOUNGSCHQSF12 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF31 | 1.487 | 0.236 | 6.306 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF41 | 1.391 | 0.230 | 6.045 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF48 | 1.594 | 0.253 | 6.304 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF70 | 1.109 | 0.208 | 5.338 | 0.000 |
| F3 =~ | | | | |
| YOUNGSCHQSF1 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF4 | 0.890 | 0.155 | 5.727 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF14 | 1.013 | 0.174 | 5.834 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF37 | 1.325 | 0.173 | 7.649 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF58 | 0.937 | 0.166 | 5.649 | 0.000 |
| F4 =~ | | | | |

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF2 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF8 | 0.990 | 0.126 | 7.844 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF17 | 0.554 | 0.089 | 6.240 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF47 | 0.834 | 0.122 | 6.844 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF64 | 0.612 | 0.121 | 5.059 | 0.000 |

F5 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF3 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF15 | 1.754 | 0.834 | 2.104 | 0.035 |
| YOUNGSCHQSF33 | 2.978 | 1.286 | 2.315 | 0.021 |
| YOUNGSCHQSF43 | 3.471 | 1.473 | 2.357 | 0.018 |
| YOUNGSCHQSF74 | 2.314 | 1.019 | 2.270 | 0.023 |

F6 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF5 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF9 | 1.084 | 0.126 | 8.578 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF45 | 1.031 | 0.114 | 9.044 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF49 | 0.697 | 0.111 | 6.300 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF51 | 0.906 | 0.116 | 7.789 | 0.000 |

F7 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF16 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF25 | 0.491 | 0.143 | 3.426 | 0.001 |
| YOUNGSCHQSF28 | 0.844 | 0.197 | 4.277 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF42 | 1.191 | 0.205 | 5.818 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF59 | 0.927 | 0.197 | 4.699 | 0.000 |

F8 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF6 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF10 | 1.086 | 0.127 | 8.529 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF27 | 1.111 | 0.128 | 8.666 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF53 | 0.821 | 0.132 | 6.227 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF68 | 0.660 | 0.128 | 5.142 | 0.000 |

F9 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF7 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF19 | 0.528 | 0.218 | 2.422 | 0.015 |
| YOUNGSCHQSF22 | 1.338 | 0.267 | 5.019 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF60 | 0.570 | 0.198 | 2.878 | 0.004 |
| YOUNGSCHQSF65 | 0.117 | 0.152 | 0.769 | 0.442 |

F10 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF21 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF18 | 0.950 | 0.149 | 6.398 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF38 | 1.099 | 0.157 | 7.021 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF44 | 0.942 | 0.133 | 7.070 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF61 | 0.599 | 0.124 | 4.837 | 0.000 |

F11 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF26 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF20 | 1.039 | 0.141 | 7.369 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF30 | 1.077 | 0.126 | 8.577 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF34 | 0.694 | 0.120 | 5.779 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF54 | 1.177 | 0.131 | 8.986 | 0.000 |

F12 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF52 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF46 | 0.635 | 0.123 | 5.152 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF56 | 0.587 | 0.125 | 4.680 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF62 | 0.853 | 0.128 | 6.665 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF69 | 0.660 | 0.111 | 5.963 | 0.000 |

F13 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF23 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF11 | 0.820 | 0.099 | 8.299 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF35 | 0.933 | 0.116 | 8.044 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF39 | 0.806 | 0.103 | 7.841 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF73 | 0.694 | 0.108 | 6.417 | 0.000 |

F14 =~

| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| YOUNGSCHQSF32 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF24 | 0.875 | 0.099 | 8.847 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF40 | 0.456 | 0.094 | 4.854 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF66 | 0.280 | 0.092 | 3.029 | 0.002 |
| YOUNGSCHQSF67 | 0.396 | 0.102 | 3.892 | 0.000 |
| F15 =~ | | | | |
| YOUNGSCHQSF55 | 1.000 | | | |
| YOUNGSCHQSF13 | 0.877 | 0.135 | 6.488 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF71 | 0.862 | 0.142 | 6.091 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF72 | 0.750 | 0.127 | 5.883 | 0.000 |
| YOUNGSCHQSF75 | 0.655 | 0.129 | 5.075 | 0.000 |

Tabla 11.
Covariances YSQ

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|-------|----------|---------|---------|---------|
| F1 ~~ | | | | |
| F2 | 1.275 | 0.295 | 4.317 | 0.000 |
| F3 | 1.510 | 0.303 | 4.981 | 0.000 |
| F4 | 1.924 | 0.351 | 5.474 | 0.000 |
| F5 | 0.595 | 0.266 | 2.238 | 0.025 |
| F6 | 1.587 | 0.301 | 5.279 | 0.000 |
| F7 | 1.077 | 0.246 | 4.377 | 0.000 |
| F8 | 1.684 | 0.330 | 5.096 | 0.000 |
| F9 | 0.716 | 0.236 | 3.036 | 0.002 |
| F10 | 1.583 | 0.309 | 5.117 | 0.000 |
| F11 | 1.404 | 0.306 | 4.597 | 0.000 |
| F12 | 2.014 | 0.365 | 5.517 | 0.000 |
| F13 | 1.716 | 0.337 | 5.092 | 0.000 |
| F14 | 1.887 | 0.371 | 5.088 | 0.000 |
| F15 | 1.446 | 0.308 | 4.688 | 0.000 |

F2 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F3 | 0.934 | 0.230 | 4.061 | 0.000 |
| F4 | 1.076 | 0.258 | 4.165 | 0.000 |
| F5 | 0.243 | 0.120 | 2.028 | 0.043 |
| F6 | 0.867 | 0.217 | 4.000 | 0.000 |
| F7 | 0.719 | 0.189 | 3.797 | 0.000 |
| F8 | 1.134 | 0.267 | 4.243 | 0.000 |
| F9 | 0.446 | 0.163 | 2.743 | 0.006 |
| F10 | 1.068 | 0.251 | 4.250 | 0.000 |
| F11 | 1.101 | 0.263 | 4.186 | 0.000 |
| F12 | 0.924 | 0.242 | 3.824 | 0.000 |
| F13 | 1.302 | 0.293 | 4.439 | 0.000 |
| F14 | 1.285 | 0.301 | 4.263 | 0.000 |
| F15 | 1.005 | 0.248 | 4.055 | 0.000 |

F3 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F4 | 1.345 | 0.276 | 4.873 | 0.000 |
| F5 | 0.378 | 0.174 | 2.172 | 0.030 |
| F6 | 1.046 | 0.228 | 4.598 | 0.000 |
| F7 | 0.878 | 0.204 | 4.296 | 0.000 |
| F8 | 1.374 | 0.280 | 4.903 | 0.000 |
| F9 | 0.576 | 0.184 | 3.125 | 0.002 |
| F10 | 1.147 | 0.245 | 4.678 | 0.000 |
| F11 | 0.986 | 0.234 | 4.213 | 0.000 |
| F12 | 1.329 | 0.278 | 4.779 | 0.000 |
| F13 | 1.184 | 0.260 | 4.551 | 0.000 |
| F14 | 1.349 | 0.291 | 4.633 | 0.000 |
| F15 | 1.103 | 0.248 | 4.456 | 0.000 |

F4 ~~

| | | | | |
|----|-------|-------|-------|-------|
| F5 | 0.440 | 0.201 | 2.190 | 0.029 |
| F6 | 1.463 | 0.279 | 5.241 | 0.000 |

| | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|
| F7 | 0.993 | 0.227 | 4.382 | 0.000 |
| F8 | 1.391 | 0.290 | 4.794 | 0.000 |
| F9 | 0.792 | 0.233 | 3.405 | 0.001 |
| F10 | 1.470 | 0.289 | 5.093 | 0.000 |
| F11 | 1.196 | 0.271 | 4.413 | 0.000 |
| F12 | 1.291 | 0.288 | 4.478 | 0.000 |
| F13 | 1.307 | 0.288 | 4.537 | 0.000 |
| F14 | 1.587 | 0.329 | 4.823 | 0.000 |
| F15 | 1.270 | 0.278 | 4.576 | 0.000 |
| F5 ~~ | | | | |
| F6 | 0.436 | 0.197 | 2.214 | 0.027 |
| F7 | 0.272 | 0.129 | 2.111 | 0.035 |
| F8 | 0.364 | 0.170 | 2.137 | 0.033 |
| F9 | 0.192 | 0.101 | 1.899 | 0.058 |
| F10 | 0.378 | 0.174 | 2.171 | 0.030 |
| F11 | 0.333 | 0.158 | 2.112 | 0.035 |
| F12 | 0.492 | 0.223 | 2.207 | 0.027 |
| F13 | 0.409 | 0.189 | 2.162 | 0.031 |
| F14 | 0.497 | 0.227 | 2.190 | 0.029 |
| F15 | 0.388 | 0.180 | 2.159 | 0.031 |
| F6 ~~ | | | | |
| F7 | 0.960 | 0.211 | 4.549 | 0.000 |
| F8 | 1.241 | 0.258 | 4.806 | 0.000 |
| F9 | 0.811 | 0.224 | 3.625 | 0.000 |
| F10 | 1.171 | 0.241 | 4.851 | 0.000 |
| F11 | 0.998 | 0.235 | 4.246 | 0.000 |
| F12 | 1.285 | 0.268 | 4.796 | 0.000 |
| F13 | 1.129 | 0.254 | 4.448 | 0.000 |
| F14 | 1.411 | 0.292 | 4.826 | 0.000 |
| F15 | 1.272 | 0.261 | 4.866 | 0.000 |

F7 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F8 | 0.958 | 0.222 | 4.310 | 0.000 |
| F9 | 0.548 | 0.170 | 3.214 | 0.001 |
| F10 | 0.929 | 0.211 | 4.392 | 0.000 |
| F11 | 0.858 | 0.209 | 4.101 | 0.000 |
| F12 | 0.913 | 0.221 | 4.126 | 0.000 |
| F13 | 0.893 | 0.218 | 4.093 | 0.000 |
| F14 | 1.125 | 0.256 | 4.390 | 0.000 |
| F15 | 1.068 | 0.237 | 4.496 | 0.000 |

F8 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F9 | 0.570 | 0.200 | 2.846 | 0.004 |
| F10 | 1.269 | 0.267 | 4.752 | 0.000 |
| F11 | 1.389 | 0.291 | 4.779 | 0.000 |
| F12 | 1.569 | 0.313 | 5.013 | 0.000 |
| F13 | 1.592 | 0.312 | 5.096 | 0.000 |
| F14 | 1.662 | 0.336 | 4.949 | 0.000 |
| F15 | 1.397 | 0.291 | 4.796 | 0.000 |

F9 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F10 | 0.876 | 0.237 | 3.690 | 0.000 |
| F11 | 0.593 | 0.200 | 2.960 | 0.003 |
| F12 | 0.389 | 0.189 | 2.058 | 0.040 |
| F13 | 0.691 | 0.224 | 3.087 | 0.002 |
| F14 | 0.965 | 0.275 | 3.507 | 0.000 |
| F15 | 0.814 | 0.233 | 3.488 | 0.000 |

F10 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F11 | 1.186 | 0.258 | 4.590 | 0.000 |
| F12 | 1.181 | 0.264 | 4.480 | 0.000 |
| F13 | 1.401 | 0.283 | 4.948 | 0.000 |
| F14 | 1.640 | 0.322 | 5.098 | 0.000 |
| F15 | 1.193 | 0.259 | 4.609 | 0.000 |

F11 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F12 | 1.126 | 0.272 | 4.143 | 0.000 |
| F13 | 1.646 | 0.319 | 5.157 | 0.000 |
| F14 | 1.624 | 0.333 | 4.879 | 0.000 |
| F15 | 1.162 | 0.266 | 4.374 | 0.000 |

F12 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F13 | 1.339 | 0.299 | 4.479 | 0.000 |
| F14 | 1.426 | 0.325 | 4.387 | 0.000 |
| F15 | 1.241 | 0.281 | 4.416 | 0.000 |

F13 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F14 | 2.177 | 0.383 | 5.679 | 0.000 |
| F15 | 1.467 | 0.301 | 4.873 | 0.000 |

F14 ~~

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| F15 | 1.864 | 0.357 | 5.214 | 0.000 |
|-----|-------|-------|-------|-------|

Tabla 12.
Variances YSQ

| | Estimate | Std.Err | z-value | P(> z) |
|----------------|----------|---------|---------|---------|
| .YOUNGSCHQSF29 | 1.163 | 0.190 | 6.115 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF36 | 2.061 | 0.286 | 7.197 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF50 | 1.335 | 0.203 | 6.570 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF57 | 2.511 | 0.348 | 7.212 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF63 | 2.100 | 0.292 | 7.200 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF12 | 2.352 | 0.337 | 6.987 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF31 | 0.749 | 0.134 | 5.585 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF41 | 1.127 | 0.179 | 6.285 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF48 | 0.865 | 0.155 | 5.594 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF70 | 1.744 | 0.255 | 6.837 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF1 | 1.530 | 0.221 | 6.935 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF4 | 1.729 | 0.246 | 7.038 | 0.000 |

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| .YOUNGSCHQSF14 | 2.100 | 0.299 | 7.023 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF37 | 0.964 | 0.160 | 6.015 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF58 | 2.006 | 0.285 | 7.048 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF2 | 1.281 | 0.200 | 6.422 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF8 | 1.531 | 0.232 | 6.610 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF17 | 0.990 | 0.142 | 6.973 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF47 | 1.714 | 0.249 | 6.879 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF64 | 2.094 | 0.295 | 7.086 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF3 | 2.847 | 0.395 | 7.205 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF15 | 2.590 | 0.361 | 7.178 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF33 | 1.771 | 0.259 | 6.851 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF43 | 1.120 | 0.188 | 5.948 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF74 | 1.717 | 0.243 | 7.052 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF5 | 0.870 | 0.142 | 6.150 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF9 | 1.290 | 0.202 | 6.385 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF45 | 0.951 | 0.154 | 6.182 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF49 | 1.371 | 0.199 | 6.902 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF51 | 1.255 | 0.189 | 6.629 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF16 | 1.437 | 0.207 | 6.930 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF25 | 1.233 | 0.172 | 7.182 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF28 | 1.969 | 0.276 | 7.125 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF42 | 1.182 | 0.182 | 6.480 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF59 | 1.757 | 0.249 | 7.063 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF6 | 1.257 | 0.199 | 6.319 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF10 | 1.339 | 0.216 | 6.213 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF27 | 1.308 | 0.213 | 6.131 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF53 | 2.211 | 0.321 | 6.891 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF68 | 2.364 | 0.337 | 7.020 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF7 | 2.561 | 0.380 | 6.744 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF19 | 3.172 | 0.446 | 7.108 | 0.000 |

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| .YOUNGSCHQSF22 | 0.640 | 0.217 | 2.942 | 0.003 |
| .YOUNGSCHQSF60 | 2.357 | 0.334 | 7.049 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF65 | 1.861 | 0.258 | 7.203 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF21 | 1.405 | 0.202 | 6.960 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF18 | 1.805 | 0.255 | 7.089 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF38 | 1.716 | 0.246 | 6.966 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF44 | 1.226 | 0.176 | 6.952 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF61 | 1.632 | 0.227 | 7.192 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF26 | 1.416 | 0.223 | 6.361 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF20 | 1.756 | 0.271 | 6.473 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF30 | 0.928 | 0.163 | 5.684 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF34 | 1.722 | 0.250 | 6.879 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF54 | 0.808 | 0.158 | 5.108 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF52 | 1.309 | 0.219 | 5.987 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF46 | 2.255 | 0.321 | 7.023 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF56 | 2.428 | 0.344 | 7.067 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF62 | 2.037 | 0.301 | 6.772 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF69 | 1.669 | 0.241 | 6.915 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF23 | 0.944 | 0.164 | 5.753 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF11 | 1.356 | 0.206 | 6.589 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF35 | 1.923 | 0.289 | 6.648 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF39 | 1.546 | 0.231 | 6.691 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF73 | 1.952 | 0.282 | 6.913 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF32 | 1.393 | 0.230 | 6.060 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF24 | 1.279 | 0.202 | 6.336 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF40 | 1.829 | 0.256 | 7.135 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF66 | 1.944 | 0.270 | 7.190 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF67 | 2.271 | 0.317 | 7.171 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF55 | 1.675 | 0.244 | 6.875 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF13 | 1.483 | 0.213 | 6.954 | 0.000 |

| | | | | |
|----------------|-------|-------|-------|-------|
| .YOUNGSCHQSF71 | 1.794 | 0.255 | 7.044 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF72 | 1.524 | 0.215 | 7.077 | 0.000 |
| .YOUNGSCHQSF75 | 1.811 | 0.253 | 7.155 | 0.000 |
| F1 | 2.297 | 0.463 | 4.962 | 0.000 |
| F2 | 1.106 | 0.361 | 3.062 | 0.002 |
| F3 | 1.209 | 0.321 | 3.769 | 0.000 |
| F4 | 1.773 | 0.395 | 4.488 | 0.000 |
| F5 | 0.159 | 0.135 | 1.179 | 0.238 |
| F6 | 1.535 | 0.320 | 4.802 | 0.000 |
| F7 | 0.745 | 0.235 | 3.172 | 0.002 |
| F8 | 1.841 | 0.404 | 4.555 | 0.000 |
| F9 | 0.929 | 0.355 | 2.615 | 0.009 |
| F10 | 1.334 | 0.330 | 4.038 | 0.000 |
| F11 | 1.776 | 0.410 | 4.328 | 0.000 |
| F12 | 1.884 | 0.422 | 4.466 | 0.000 |
| F13 | 2.150 | 0.420 | 5.114 | 0.000 |
| F14 | 2.372 | 0.501 | 4.736 | 0.000 |
| F15 | 1.459 | 0.375 | 3.895 | 0.000 |

Anexo 5

Tablas

Análisis validez contenido: V Aiken de estructura del protocolo PETD

Información inicial

| Componentes | Dimensión | Sección del instrumento de medida | Criterio | M | V de Aiken | Inferior 90% | Superior 90% |
|---------------------|--------------------------|--|-------------|------|------------|--------------|--------------|
| Información inicial | Consentimiento informado | Consentimiento informado | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Precisión | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Relevancia | 4,56 | .89 | .77 | .94 |
| | | | Suficiencia | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | Datos sociodemográficos | Apartado de la guía de entrevista: E1. ENTREVISTA DE PERFILACIÓN INICIAL- Secciones E1.1. y E1.2. (García y Serrano, 2017). | Claridad | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Precisión | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Relevancia | 4,56 | .89 | .77 | .94 |
| | | | Suficiencia | 4,44 | .86 | .74 | .92 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Examen mental | Apartado de la guía de entrevista: A1. Entrevista de evaluación del estado mental (García y Serrano, 2017). -A1. Examen Mental Versión 2 | Claridad | 4,33 | .83 | .70 | .91 |
| | | | Precisión | 4,22 | .80 | .67 | .89 |
| | | | Relevancia | 4,67 | .91 | .81 | .96 |
| | | | Suficiencia | 4,56 | .89 | .77 | .94 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Diagnóstico diferencial

| Componentes | Dimensión | Sección del instrumento de medida | Criterio | M | V de Aiken | Inferior 90% | Superior 90% |
|-----------------------|--|---|-------------|------|------------|--------------|--------------|
| Evaluación categorial | Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, MINI | A2. Entrevista | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | Neuropsiquiátrica | Precisión | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | Internacional, | Relevancia | 4,44 | .86 | .74 | .92 |
| | | MINI | Suficiencia | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | Cribado (Antecedentes clínicos) | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E1. Entrevista de perfilación inicial Sección E1.3. (García y Serrano, 2017). | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Precisión | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Relevancia | 4,56 | .89 | .77 | .94 |
| | | | Suficiencia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | Bipolaridad (características mixtas) | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E1. Entrevista de perfilación inicial Sección E1.3. (García y Serrano, 2017). | Claridad | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Precisión | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | 1 | .88 | .99 |
| | Ansiedad | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E1. Entrevista de perfilación inicial Sección E1.3. (García y Serrano, 2017). | Claridad | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Precisión | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Suficiencia | 5,00 | 1 | .93 | 1 |

| | | | | | | |
|----------------|---|-------------|------|-----|-----|-----|
| Riesgo suicida | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E1. Entrevista de perfilación inicial Sección E1.3. (García y Serrano, 2017). | Claridad | 4,67 | .91 | .81 | .96 |
| | | Precisión | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | Relevancia | 4,67 | .91 | .81 | .96 |
| | | Suficiencia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |

Evaluación diferencial

| Componentes | Dimensión | Sección del instrumento de medida | Criterio | M | V de Aiken | Inferior 90% | Superior 90% |
|------------------------|-----------|--|-------------|------|------------|--------------|--------------|
| Evaluación diferencial | Manía | Escala EMTA-II | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | Manía - Hipomanía (García, García, & Abello, 2017) | Precisión | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Relevancia | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | Ansiedad | Escala de Zung de Ansiedad (Bohórquez , 2007) | Claridad | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Precisión | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | .97 | .88 | .99 |

Evaluación dimensional

| Componentes | Dimensión | Sección del instrumento de medida | Criterio | M | V de Aiken | Inferior 90% | Superior 90% |
|------------------------|-------------------------------|--|-------------|------|------------|--------------|--------------|
| Evaluación dimensional | Constructo Central: Depresión | Escala EMTA-II Depresión (García, García & Abello, 2017) | Claridad | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Precisión | 4,67 | .91 | .81 | .96 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Suficiencia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | Perfil cognitivo | YSQ-SF (YOUNG SCHEMA QUESTIONNAIRE – SHORT FORM, (Londoño, Calvete, Ferrer, Chaves, Castrillón, Schnitter, Marín, y Maestre, 2010) | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Precisión | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Suficiencia | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | Patrón conductual | ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M) (Londoño N.H., Henao G.C., Puerta I.C., Posada S.L., Arango D., Aguirre, D.C. 2005) | Claridad | 4,89 | .97 | .85 | .99 |
| | | | Precisión | 4,78 | .94 | .81 | .98 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .81 | .98 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | .97 | .85 | .99 |

Perfilación final

| Componentes | Dimensión | Sección del instrumento de medida | Criterio | M | V de Aiken | Inferior 90% | Superior 90% |
|-------------------|--|--|-------------|------|------------|--------------|--------------|
| Perfilación final | Factores Psicológicos | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E2. Entrevista de perfilación final Sección E2.1. (García y Serrano, 2017). | Claridad | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Precisión | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | Factores protectores | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E2. Entrevista de perfilación final Dimensión E2.2. Factores Protectores (García y Serrano, 2017). | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Precisión | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | | Relevancia | 4,67 | .91 | .81 | .96 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | .97 | .88 | .99 |
| | Evaluación de la cronicidad del malestar | Apartado de la guía de entrevista: ENTRADEP - E2. Entrevista de perfilación | Claridad | 4,89 | .97 | .85 | .99 |
| | | | Precisión | 4,89 | .97 | .81 | .99 |
| | | | Relevancia | 4,67 | .91 | .81 | .96 |
| | | | Suficiencia | 4,89 | .97 | .85 | .99 |

final Sección
E2.3.
(García y
Serrano,
2017).

Reporte final

| Componentes | Dimensión | Sección del instrumento de medida | Criterio | M | V de Aiken | Inferior 90% | Superior 90% |
|---------------|--|---|-------------|------|---------------|-----------------|-----------------|
| Reporte Final | Componentes para evaluar de depresión | Apartado de | Claridad | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | la guía de | Precisión | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | entrevista: | Relevancia | 4,78 | .94 | .84 | .98 |
| | | ENTRADEP | Suficiencia | 5,00 | 1 | .93 | 1 |
| | | - E2. Entrevista de perfilación final Dimensión E2.2. Factores Protectores (García y Serrano, 2017). | | | | | |